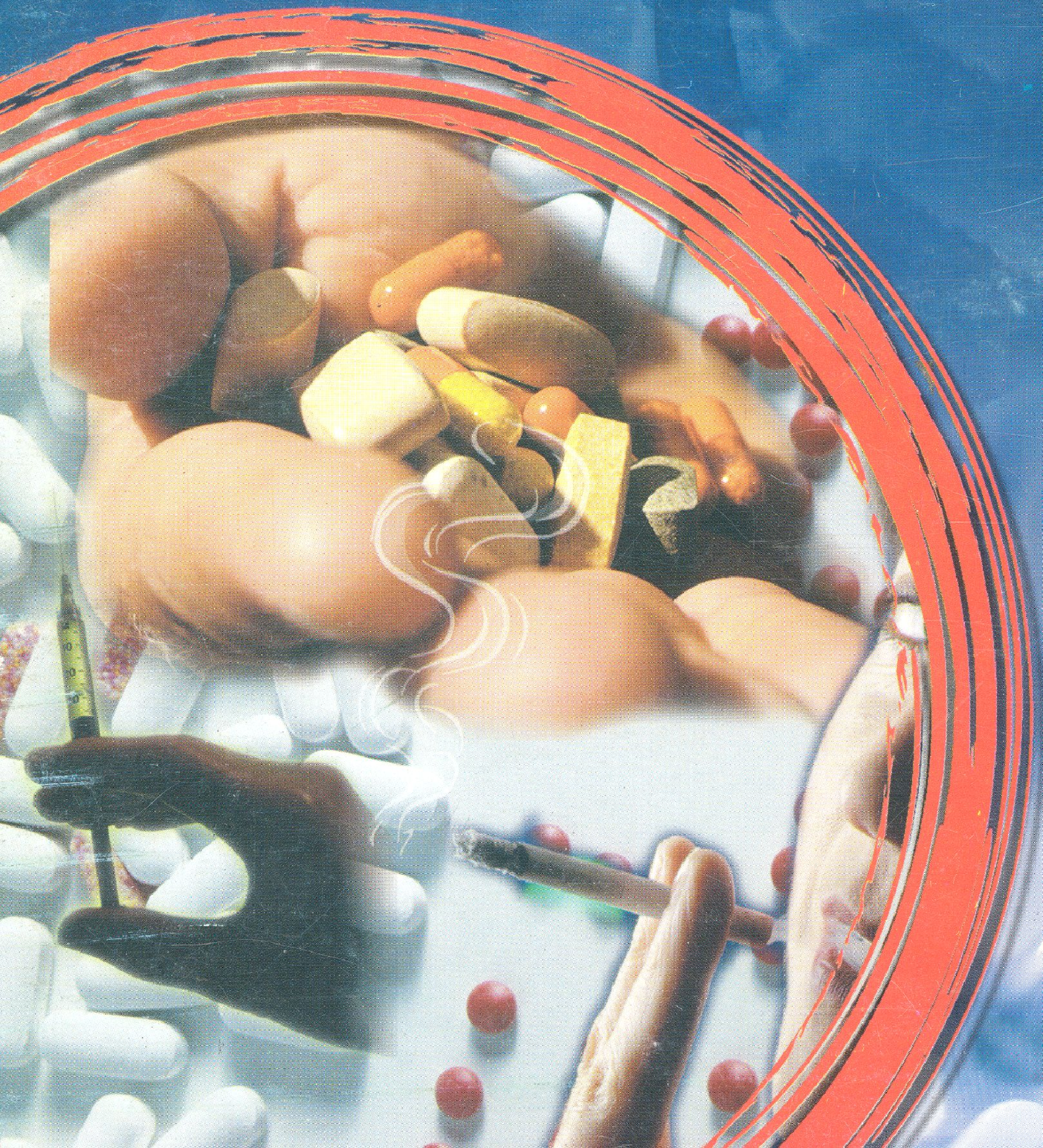
مشكلة تعاطي المواد النفسية المخدرة

الأفيون - المورفين - الهيروين
الباربيتورات - المنومات - المهدئات

تأليف

وفيق صفوت مختار



دار العلم والثقافة للنشر والتوزيع

مشكلة تعاطى المواد النفسية المخدرة

الأفيــون - المورفــين - الهيرويــن
الباربيتورات - المنومات - المهدئات

وفيق صفوت مختار

الطبعة الأولى

١٤٢٥ هـ - ٢٠٠٥

دار العلم والثقافة
للنشر والتوزيع

الطبعة الأولى

١٤٢٥ هـ - ٢٠٠٥ م

دار العلم والثقافة

للنشر والتوزيع

٦١ ش الشيخ محمد النادى - المنطقة السادسة

مدينة نصر - القاهرة

تليفون : ٢٧٥٨٢٥٢ فاكس : ٢٧٥٨٢٥١

الإهـــداء

إلى :

أستاذي يوسف ميخائيل أسعد ..

الحبُّ الذى حملنى على جناحيه ، وحلّق بى عبْر سماوات من نورٍ .. لأقطف نجمة متوهجة من نجوم المعرفة ..

العطاء الذى منحنى إياه ، مشجعاً ، ومسانداً ، حتى استطعت أن ألتقط أول الخيط ..

إلى :

روحه الهائمة الآن فى فضاءات الخالق عز وجل اللانهائية أهديه ..

صلاتي ...

وفيق

المقدمة

مشكلة تعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد كالمخدرات والمنشطات والمهلوسات تُعتبر سمةٌ من سمات هذا العصر ، ومن أخطر المشكلات الاجتماعية والأخلاقية والاقتصادية التى تجتاح أغلب مجتمعات العالم على وجه العموم ، ومجتمعنا العربى على وجه الخصوص.

وهناك فى حقيقة الأمر عدة مؤشرات تدل على ذلك ، من هنا كان التفكير الجدى فى إعداد مثل هذا الكتاب ، فمشكلة التعاطى تنتشر فى مختلف الطبقات الاجتماعية المرتفعة والمتوسطة والمنخفضة . . كما تُهدد هذه المشكلة الأفراد فى مختلف مراحلهم العُمرية ، غير أنَّها أكثر شيوعاً بين قطاعات الشباب ممَّا يُهدِّد مستقبل الأمم والشعوب ، لأنَّ الشباب هم ذخيرة أي مجتمع ، وعدته للمستقبل.

وغير خاف على أحد أن الكيان الصهيونى /الإسرائيلى يحاول القضاء على مقدرات الأمة العربية بالطرق المشروعة، وغير المشروعة، وذلك عن طريق إغراق المنطقة بالمواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد ، وهو سبب مهم يجعلنى أتصدى بالبحث والدراسة للاهتمام بهذه المشكلة من كافة جوانبها .

وفى هذا الكتاب سأحاول أن أتخلى تماماً عن المصطلحات القديمة التى أثارت اللبس والتضارُب ، وأُحل محلَّها المصطلحات الجديدة التى أقرتها منظمة الصحة العالمية التابعة للأمم المتحدة ، كما سيجيىء ذكره فى الفصل الأول من هذا المؤلف .

كما سأحاول التركيز على المواد النفسيَّة المخدرة فقط كالأفيون والهيروين والمنومات والمهدئات، دون الخوض فى تفاصيل المواد النفسيَّة الأخرى كالمنبهات أو المهلوسات أو الكحوليات ، التى أُعد لها مؤلفات مستقلة ، قائمة بذاتها.

كما أقدم فى هذا الكتاب السمات المميزة لشخصية المتعاطى ، وأهم العوامل التى تؤدى إلى ظهور المشكلة ، مع توضيح لأهم الاضطرابات النفسيَّة والصحيَّة، وكذلك أهم المشكلات الاجتماعيَّة والاقتصاديَّة المترتبة على تعاطى المواد النفسية المخدرة.

كما أُقدم تصوراً علمياً متكاملاً لطرق الوقاية، مع توضيح أهم وسائل العلاج المقترحة للحدِّ من تفاقم مشكلة التعاطى.

والجدير بالذكر أننى قمت بتصنيف المواد النفسيَّة المخدرة على أسس علمية ومنهجية فى محاولة لإضافة الجديد لهذا التصنيف بحيث يراعى - ما أمكن - الشمولية والتكاملية والوضوح، متفادياً التصنيفات المتداخلة والغامضة.

أرجو أن يصل هذا العمل إلى شباب أمتى العربية من محيطها إلى خليجها، فى مصر كما فى السودان ، فى السعودية كما فى الكويت، فى سوريا كما فى لبنان، فى تونس كما فى المغرب؛ ليعرفوا بكل الصدق والأمانة، مدى خطورة تعاطى المواد النفسيَّة المخدرة.

هذا العمل . . الذى اعتمد بشكل جذرى على الموضوعية والمصداقية والمرجعية العامية ليس إلاَّ . . دون مبالغة أو تهويل ، ودون تهوين أوتسطيح.

القصد منه بالطبع ، وعى مستنير ، مستبصر بالمصير المُتردَىّ ، والحياة البائسة، والواقع القبيح عند اتخاذ قرار التعاطى والاعتماد.

أمَّا أولئك الذين انزلقوا - لسبب أو لآخر - فى هاوية التعاطى والاعتماد مع سبق الإصرار والترصُّد ، إليهم . . أهمس فى أذانهم وأذُكرهم بما قاله الزعيم الزاهد «غاندى» وهو يكشف عن اهتمام اللَّه سبحانه وتعالى بنا ، بحيث أن الاتكال عليه سبحانه هو الخطوة الأولى، والأهم، على طريق الشفاء والسلامة :«عقيدتى راسخة. . أن اللَّه يكشف فى كل يوم عن ذاته لكل كائن من البشر ، ولكننا نصم أذاننا دون سماع صوته الخفى الخافت ، ونغمض عيوننا حتى لا نبصر عمود النار الماثل أمامنا، وأنه حين نلتمس منه العون يتفضل بمدِّ يدّ العون والمساعدة ، ويثبت لنا أنَّه يجب علينا ألاَّ نتخلى أبداً عن الثقة به (سبحانه) ثقةً تامة».

كما أطلب منهم أن يرددوا مقولة «كاترين مانسفيلد» «اجعل قاعدتك فى الحياة -دائماً - ألا تأسف على شيء أبداً، ولا تنظر إلى الوراء، فالأسف تبديد مروع للطاقة ، لا يصلح للبناء فوقه ، بل الغوص فيه».

أنا الآن على ثقة أن كل منا سيؤدى رسالته على أتم وجه ، أو هو بالفعل يقوم بتأديتها بكل عزمٍ، وثقةٍ ، وإيمانٍ.

والله ولى التوفيق...

وفيق صفوت مختار

• الفصل الأول •

تحديث المصطلحات
وتفعيلها على أسس
علمية دقيقة

تمهيد

فى مجالات الفكر العلمى، والدراسة العلمية تقوم المصطلحات بدور حيوى هام . والاستخدام الصحيح للمصطلحات يؤدى -بالطبع - إلى استقامة المعانى التى تُريد إيصالها للأكاديميين والباحثين والدارسين من جهة ، وإلى القُرّاء على اختلاف مشاربهم وثقافاتهم واهتماماتهم من جهة ثانية. كما يمكّننا تجنب أو تلاشى ما يُحيط ببعض المصطلحات من الغموض والإبهام، لأنَّ غموض المعانى وإبهامها أمراً يعد من قبيل العجز فى فهم المادة العلمية ، وبالتالى فهو أمرٌ غير صحى، وخصوصاً فى مجالات البحث العلمى حيث يَحول دون تفاهُم أو تفاعل الأكاديميين والمتخصصين، بينما التفاهُم بينهم شرط ضرورى لتعاونهم فى سبيل النهوض بأنشطتهم العلمية بما يعود بالفائدة المرجوّة على الإنسانية بوجهٍ عام، وعلى مجتمعاتهم التى يعيشون بكنفها بوجه خاص.

ويعتبر ميدان المواد النفسية المحدثة للاعتماد كالمخدرات أو المنبهات أو المنشطات أو الكحوليات ، من أبلغ ميادين الفكر العلمى احتياجاً لدقة المصطلحات ، وتمشيها مع المُستجدات العلمية العالمية، لذا، فلا غنى للجميع عن ضبط المصطلحات المتعلقة بهذه القضية حتى نضمن سلامة المهام التى نقوم بها، سواء أكانت هذه المهام تنظيرية بحثية . أم تعليمية تربوية، أم طبية نفسية، أم تشريعية قضائية.

وفى هذا الإطار سوف نقوم بتقديم مجموعة مُعينة من هذه المصطلحات، وهى بالطبع تمثل الحد الأدنى من المصطلحات الأساسية التى لا يستقيم البحث العلمى، أو الدراسة العلمية فى مثل هذا الموضوع الحيوى، دون معرفتها والالتزام بتعريفاتها ، وسوف نعرضها بالصورة التى استقرت عليها «منظمة الصحة العالمية»[1] Who التابعة للأمم المتحدة ، والهدف يتبلور حول توفير أكبر قدر من الوضوح والدقة العلمية لموضوع دراستنا هذه.

---

(١) منظمة الصحّة العالمية Woeld Health Organization مقرها الرئيسى فى جنيف بسويسرا.

مصطلح «الاعتماد» Dependence بدلاً من مصطلحى «الإدمان» Addiction و«الاعتياد» Habitation :

فى النصف الثانى من خمسينيات القرن المنصرم بدأ تعريف «الإدمان» يُثير كثيراً من الجدل فى دوائر التخصص الطبيَّة والنفسية والفارماكولوجية «الكيماوية» ، وانتقل هذا الجدل إلى لجان الخبراء فى منظمة الصحَّة العالمية . . وفى عام ١٩٥٧م صَدَرتْ توصية تتطلب بضروة صك مصطلح جديد هو مصطلحُ «الاعتياد» يُستخدم جُنباً مع مصطلح «الإدمان» لوصف فئةً من الحالات النفسية تدور حول القلق القهرى بتعاطى بعض المواد المؤثرة فى الأعصاب دون أن تنطبق عليها تماماً دقائق تعريف «الإدمان» واستمر الحال كذلك حتى عام ١٩٦٤م . فى تلك الأثناء كان الجدل قد أُثير من جديد حول مدى دقة التفرقة بين «الاعتياد» و«الإدمان» ، ومرَّة أُخرى احتل هذا الموضوع اهتمام لجان الخبراء فى منظمة الصحَّة العالمية، واستقر الأمر أخيراً داخل هذه اللجان المتخصصة على ضرورة التخلى عن المصطلحين «الاعتياد» و«الإدمان» ، وإحلال مصطلح جديد يقوم مقام الأثنين معاً، هو مصطلح «الاعتماد» ، على أن يجمع بين العناصر الأساسية التى تُمثل المقام المشترك بين «الاعتماد» و«الإدمان» ، وفى الوقت نفسه يتحاشى نقاط التعارض بين المصطلحين، واشترط الخبراء لكى يكون استخدام مصطلح «الاعتماد» دقيقاً أن يُقرن دائماً باسم المادة أو فئة المواد المؤثرة فى الأعصاب التى يقصد الكاتب أن يتحدث عنها كأن يقول مثلا : الاعتماد الكحولى .

ومصطلح «الاعتماد» يُعرَّف على أنَّه :«حالة نفسية، وأحياناً تكون عضوية كذلك، تنتج عن التفاعل بين كائن حى ومادة نفسية ، وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوى دائماً على عنصر الرغبة القاهرة فى أن يتعاطى الكائن مادة نفسية معينة على أساس مستمر أو دورى «من حين لآخر» وذلك لكى يخبر الكائن آثارها النفسية، وأحياناً لكى يتحاشى المتاعب المترتبة على افتقادها ، وقد يصحبها تحمّل أو لا يصحبها . كما أن الشخص قد يعتمد على مادة واحدة أو أكثر(١) .

---

(١) Kramer , J.F & Cameron , D.C . Amanual on drug dependence , Geneva : WHO 1975 , P.13

مصطلح «المواد المحدثة للاعتماد» Dependence Producing drugs بدلاً من مصطلح «المخدرات» Narcotics :

كلمة "مخدرات" بمفهومها الاجتماعى هى تسمية «خاطئة» بكل المقاييس، لأنَّ القائمة تشمل العديد من المواد مثل: الأفيون والكوكايين والحشيش وليس فيها ما يتسببُ استعمال بالجرعات المُعتادة فى تغييب الوعى وفقد الإحساس، بل إن الكوكايين يندرج أصلاً تحت قائمة المنبهات، والحشيش تحت قائمة المهلوسات . . ونلاحظ أن كلمة Narcotics الإنجليزية مشتقة من كلمة Narcosis بمعنى «النوم» ، و«الغيبوبة» وتم ترجمتها وانتقالها إلى العربية باستعمال «تخدير» و «مخدر» و«مخدرات» والطريق فى الأمر أنَّ استعمال مصطلح «مخدرات» فى اللغة الإنجليزية قد أوشك على الإندثار والاختفاء ، من المحافل العلمية والقانونية نظراً لاتضاح عدم دقته فى التعبير عن المواد المعنية به(٣).

على أنَّه يمكن استخدام مصطلح «المخدرات» فقط للدلالة على المواد النفسيَّة التى تتفق خصائصها وهذا المصطلح مثل : الأفيون والهيروين والمورفين ومجموعة المنومات والمهدئات، وهى المواد التى يتناولها هذا الكتاب بالدراسة والتحليل، فنقول: « المواد النفسيَّة المخدرة» .

هذا ويُعرف مصطلح «المواد المحدثة للاعتماد» كالتالى: « مواد تتوافر فيها القدرة على التفاعل مع الكائن الحى فتحدث حالة اعتماد نفسى أو عضوى أو كليهما معاً. وقد تتناول هذه المادة النفسية فى سياق طبى أو غير طبى دون أن يترتب على ذلك -بالضرورة- حدوث الاعتماد . ولكن بمجرَّد نشوء حالة اعتماد فسوف تختلف خصائها باختلاف فئة المادة النفسيَّة المُعيَّنة فبعض المواد بما فى ذلك المادة الموجودة فى القهوة والشاى كفيلة بأن تُحدث اعتماداً بمعنى عام أو متسع جداً ، ومثل هذه الحالة ليست ضارة بالضرورة، ولكن هناك فئات أخرى من المواد التى تؤثر فى الجهاز العصبى المركزى تأثيراً منشطاً ومرتبطاً، أو تحدث اضطرابات فى الإدراك ، أو فى المزاج، أو فى التفكير، أو فى الحركة، ويعرف عن هذه المواد عموماً أنها إذا

استخدمت فى سياق بعينه فإنها تكون كفيلة بإحداث مشكلات ذات طبيعة فردية وعامة فى آن معاً. هذه الفئات من المواد التى من شأنها أن تحدث أقدراً كبيرة من الاعتماد . وفيما يلى حصرٌ بفئات هذه المواد :

* فئة الكحوليات. * فئة الامفيتامينات.

* فئة القنبيات (الحشيش - الماريجوانا - البانج) * فئة الكوكايين.

* فئة المهلوسات. # فئة القات

* * فئة الأفيونات * فئة الأفيونات (الهيروين).

* فئة المواد الطيارة(١) .

مصطلح «مادة نفسية» Psychoactive Drug :

أي مادة إذا تناولها الإنسان أو الحيوان أثرت فى نشاط المراكز العصبية العُليا، أو ما اصطلحنا على أن نسميّه (فى حالة الإنسان) بالعمليات النفسية . وقد يكون تأثير هذه المادة فى اتجاه التنشيط Stimulation ، وقد يكون فى اتجاه التخميد Sedation ، وقد يكون فى اتجاه إحداث بعض الهلاوس Hallucinogenic ، ويستخدم أيضاً بالمعنى نفسه مصطلح آخر غير المصطلح الوارد فى صدر هذه الفقرة وهو : Psycho-tropic Substance . ويفضل بعض الكُتّاب الإنجليز والأمريكيين تخصيص المصطلح الأخير للمواد النفسية الدوائية، أى التى تُصنع أصلاً لتكون بمنزلة أدوية للاضطرابات النفسية، على أن يُعامل المصطلح الأول كاسم لفئة عامة تشمل الأدوية وغير الأودية من المواد التى تؤثر فى العمليات النفسيّة(٢) .

مصطلح «الاعتماد العضوى» Physical Dependence :

حالة تكيفية عضوية تكشفُ عن نفسها بظهور اضطرابات عضوية شديدة فى حالة انقطاع وجود مادة نفسية معينة ، فى فى حالة معاكسة تأثيرها، نتيجة لتناول الشخص أو الكائن عقاراً مضاداً Antagonist ، وتتكوّن الاضطرابات المشارُ إليها

(١). Kramer & Cameron 1975. P.14

(٢) مصطفى سويف : المخدرات والمجتمع - نظرة تكاملية ، الكويت : المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب، يناير ١٩٩٦م، عالم المعرفة ، العدد : ٢٠٥، ص٢٦.

(وتسمى أعراض الانسحاب) من مجموعة من الأعراض Symptoms (وهى الجوانب الذاتية من الاضطراب) والعلامات Signs (وهى الجوانب الموضوعية من الاضطراب) ذات الطبيعة العضوية والنفسيَّة التى تختصُ بها كل فئة من المواد النفسية دون غيرها. ويمكن التخلص من هذه الأعراض والعلامات بعودةً الكائن الحى إلى تناول المواد النفسية ذاتها، أو مادة أخرى ذات تأثير فارماكولوجى مماثل داخل الفئة نفسها التى تنتمى إليها المادة النفسية الأصلية. ويعتبر الاعتماد العضوى عاملاً قوياً فى دعم الاعتماد النفسى وتأثيره فى الاستمرار فى تعاطى المواد النفسية أو فى الانتكاس إلى تعاطيها بعد محاولة الانسحاب(١).

مصطلح «إمكانية الاعتماد» : Dependebce Potential

الخصائص التى تتوافر فى أية مادة نفسية ، بناء على مالها من تأثير فارماكولوجى على عدد من الوظائف النفسية أو العضوية ، وبمقتضاها يرتفع احتمال الاعتماد على هذه المادةّ. وتتحدد الإمكانية الاعتمادية للمادة بناءً على خصائصها الفارماكولوجية التى يمكن قياسها باجراءات مُحددة على الحيوان والإنسان(٢).

مصطلح «احتمالات الاعتماد» : Dependebce Liability

احتمال أن تُحْدثَ مادةً نفسية اعتماد لدى الحيوان والإنسان. وعند تقدير احتمالات الاعتماد لأَية مادة نفسية نأخذ فى الاعتبار الأمكانية الاعتمادية لهذه المادة مُضافاً إليها عددٌ من العوامل غير الفارماكولوجية فى الفرد والمجتمع مما يساعد على الاعتماد ، مثل : الثمن الذى يتكلفه الفرد، ومدى توافر المادة، والعادات الاجتماعية السائدة(٣).

مصطلح «تعاطى المواد النفسية» : Drug Abuse

يشيعُ كثير من الكُتّاب العرب أن يستخدموا فى هذا الصدد تعبير :«سوء استعمال المخدرات»، وهذه العبارة ترجمة «حرفية» للكلمة الإنجليزية Abuse ، ومع

(١) Kramer & Cameron 1975 , P.15.

(٢) Who A dictionary of Substance use Terms, Geneva : Who 1988.

(٣) المخدرات والمجتمع نظرةتكاملية ، مرجع سابق، ص ٢٠.

ذلك فاللغة العربية تغنينا عن ذلك، فقد ورد فى لسان العرب لابن منظور ما نصّه: والتعاطى تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله وبناءً على ذلك نقول: تناول فلان الدوء، ولكنه تعاطى المخدر(١).

ويُشار بالمصطلح إلى التناول المتكرر لمادة نفسية بحيث تؤدى آثارها إلى الإضرار بمتعاطيها أو ينجم الضرر عن النتائج الاجتماعية والاقتصادية المترتبة على التعاطى، ولا يستتبع التعاطى - بالضرورة - نشوء الاعتماد أوالتحمل(٢).

مصطلح « اللهفة » Craving :

رغبة «قوية» فى الحصول على آثار مخدرٍ أو مشروب كحولى، وللهفة بعض الخصائص الوسواسية ، فهى لا تفتأ تراودُ فكرَ المعتمد وتكون غالباً مصحوبة بمشاعر سيئة(٣).

مصطلح « الجرعة الزائدة » Overdose :

ينطوى هذا المصطلح على إقرار بوجود جرعة مقنَّنة Standardzed dose وهى الجرعة التى اعتاد المتعاطى المستمر (سواء كان الاستمرار منتظماً أو متقطعاً) أن يتعاطاها من أية مادة نفسية للحصول على النشوة الخاصة بهذه المادة. فإذا زادت الجرعة عن ذلك (لسبب ما) فى إحدى مرات التعاطى فإنها تحدث آثاراً معاكسة حادة Acute Adverse Effects وتكون هذه الآثار عضوية أو نفسية ، ومؤقتة ثم تزول تلقائياً ، لكنها قد تحتاج إلى قدر من الرعاية الطبية، وفى بعض الحالات قد تصل شدة هذه الآثار بالمتعاطى إلى الموت. وفى معظم الحالات يحدث الإقدام على تعاطى الجرعة الزائدة بمحض الصدفة، أو نتيجة لظروف خاصة لا تُفهم إلاَّ من خلال النظر فى جزئيات حياة المتعاطى. وفى بعض الحالات تؤخذُ الجرعة الزائدة بقصد

---

(١) المرجع السابق، ص٢٤.

(٢) Who A dictionary 1988.

(٣) Arif, A& Westermeyer , J. Manual of Drug and Alcohol Abuse, new york : Plenum , 1988 . P.308..

الانتحار. والمنتحرون بهذا الأسلوب يقصدون عادة إلى تناول جرعات زائدة من مواد نفسية مشروعة (كالأدوية النفسية)، لا من المواد غير المشروعة(١).

مصطلح « تسمم » Intoxication :

حالة تعقب تعاطى إحدى المواد النفسية ، وتنطوى على اضطرابات فى مستوى الشعور، والتعرف، والواجدان، أو السلوك بوجه عام، وربما شملت كذلك وظائف واستجابات (نفسية عضوية) سيكوفيزيولوجية ، وترتبط هذه الاضطرابات ارتباطاً مباشراً بالآثار الفارماكولوجية (الكيماوية) الحادة للمادة النفسية المتعاطاه، ثم تتلاشى بمرور الوقت، ويبرأ الشخص منها تماماً، إلاَّ إذا كانت بعض الأنسجة قد أصيبت أو ظهرت مضاعفات أخرى. يحدث هذا أحياناً أثر شرب الكحوليات فتحدث حينئذ عن تسمم كحولى، كما يحدث عقب تعاطى أية مادة نفسية وتتجمع مظاهر التسمم بالتدريج . ويتأثر التعبير السلوكى عنها بالتوقعات الشخصية والحضارية الشائعة (فى رقعة حضارية معينة) حول الآثار التى يمكن أن تترتب على تعاطى مادة نفسية بعينها. وتتوقف طبيعة المضاعفات التى تنتج عن التسمم على طبيعة المادة المتعاطاه وأسلوب التعاطى(٢).

مصطلح « تحمل » Tolerance :

تغير عضوى (فيزيولوجى) يتجه نحو زيادة جرعة مادة نفسية محدثة للاعتماد بهدف الحصول على نفس الأثر الذى أمكن تحصيله من قبل بجرعة أقل(٣).

ويمكن أن يحدث التحمل بفعل عوامل عضوية أو عوامل نفسية أو اجتماعية. وقد يكون التحمل عضوياً أو سلوكياً . والتحمل العضوى عبارة عن تغير فى الخلايا المستقبلية بحيث يتضاءل أثر جرعة المادة المتعاطاة حتى مع بقاء هذه الخلايا معرضة

---

(١) Who A dictionary 1988.

(٢) المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية ، مرجع سابق، ص ص ٢٢، ٢٣.

(٣) Arif , Westermeyer 1988.

لنفس تركيز المادة. ويقصد بالتحمل السلوكى تغيُّر فى تأثير المادة المتعاطاة ينجم عن تغير فى بعض قيود البيئة . ويشار بالتحمل العكسى Reverse Tolerannce إلى تغيُّر يصحبه زيادة الاستجابة لنفس الجرعة من المادة المتعاطاة[١] .

مصطلح « انسحاب » Withdrawal :

مجموعة من الأعراض تختلف فى بعض مفرداتها وفى شدّتها، تحدث للفرد على أثر الانقطاع المفاجئ عن تعاطى مادة نفسية مُعينة ، أو تخفيف جرعتها، بشرط أن يكون تعاطى هذه المادة قد تكرَّر كثيراً واستمر هذا التكرار لفترات طويلة أو بجرعات كبيرة .

وقد تأتى هذه الأعراض مصحوبة بعلامات على الاضطراب الفيزيولوجى (العضوى) وتعتبر حالة الانسحاب دليلاً على أنَّه كانت هناك حالة اعتماد . كما أن حالة الانسحاب تستخدم للتعريف السيكوفارماكولوجى (النفسى الكيماوى) الضيق بمعنى الاعتماد .

ويتوقف منشأ الانسحاب ودوامه على نوع المادة المتعاطاة وجرعتها قبل الانقطاع أو قبل تخفيف هذه الجرعة مباشرةِ . ويمكن القول: إنَّ مظاهر الانسحاب عكس مظاهر التسمم الحاد[١] .

(١) Who A dictionary 1988.

(٢) المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية ، مرجع سابق، ص ٢٤ .

• الفصل الثانى •

أضلاع مشكلة تعاطى المواد النفسيَّة المخدرة وأدوات تقديرهـــا

تمهيد

الحديث عن التعاطى والاعتماد لا يجبُ أن ينتهى ، ويجب كذلك ألا نُصابَ بالملل إذا قرأنا كثيراً حول معرفة تلك العواقب النفسية والاجتماعية والاقتصادية السيئة والمدمرة، من جراء ذلك، فهذه المشكلة القديمة، قدم التاريخ الإنسانى ذاته، تُهددُ اليوم سائر المجتمعات الإنسانية أكثر مِمَّا مضى ، خصوصاً وأنَّ طرق التعاطى والاعتماد قد تنوعت واتسعت لتشمل طائفة كبيرة من المواد غير الممنوعة قانوناً، وغير المحرمة دينياً، والتى غالباً ما يتم تناولها فى البداية لأسباب علاجية دون مراقبة طبية دقيقة.

بدايات ظهور المواد النفسية المحدثة للاعتماد :

عُرفت المواد النفسية المحدثة للاعتماد فى تأثيراتها الجسدية منذ عصور ما قبل الميلاد، واستخدمت لأغراض إما طبية كمواد مسببة لحالة من النشوة، وإما فى الاحتفالات الدينية والطقوسية من أجل إحداث تبدلات معينة فى حالة الوعى، وتحقيق اتصال بالعالم العلوى للآلهة ، غير أنَّ ما يميز هذه المرحلة هو أنَّ استخدام هذه المواد كان مقتصراً على مجموعة محددة من الأشخاص كالأطباء ورجال الدين.

وقد ارتبط تطور الطب وعلم الصيدلة مع ازدياد استهلاك العقاقير وانتشارها، حيث كانت ظواهر التسمم الحادة أو الشفاء غير المتوقع لأمراض معيَّنة بعد تناول نباتات خاصة ، الدافع وراء البحث عن الأسباب.

ومع بدايات القرن التاسع عشر تمكن العلماء من استخلاص المواد شبه القلوية شديدة التأثير كالمورفين فى عام ١٨٠٥م ، والكافيين فى عام ١٨٢٠م، والكوكايين فى عام ١٨٥٩م، فى صورة مركبات مركزة من مواد طبيعية معروفة.

وباضطراد التقدم الصناعى والإنتاجى الضخم للأدوية الطبية والعقاقير أخذت إشكالية المواد النفسية المحدثة للاعتماد تأخذ درجة معينة أخرى لم تكن معروفة من

قبل، حيث تحول الاستهلاك العالمى للمواد النفسية المحدثة للاعتماد إلى خطر صحى واجتماعى يهدد كيان واستقرار المجتمعات الإنسانية كافةً ، ففى بادئ الأمر لم تكن هناك ضوابط حول استهلاك هذه المواد، فقد كان الأفيون مثلاً يوصف فى الحرب العالمية الأولى كُمَسكن للألم قبل أن تُعرف المخاطر الكامنة وراء ذلك . . وبالتدريج بدأ العالم يعى مخاطر هذه المواد، ففى عام ١٩٦١م من القرن المنصرم وقعت اتفاقيات فى الأمم المتحدة بخصوص المواد النفسية المحدثة للاعتماد، وكذلك فى عام ١٩٧١م.

أمَّا فى ثمانينات القرن المنصرم فقد ظهرت فى الأسواق الأمريكية مواد تركيبية مُصنعة كيماوياً سرعان من انتشرت فى أوروبا والعالم[١]. ممَّا يُشكل عقبة جديدة فى سبيل القضاء على مشكلة تعاطى واعتماد المواد النفسية مثل المخدرات.

أضلاع المشكلة:

تقتضى المنهجية العلمية أن نحلل مشكلة تعاطى المواد النفسية المحدثة للاعتماد إلى ثلاثة أضلاع هى:

(أ) العرض.

(ب) الطلب.

(جـ) الآثار والاضطرابات الصحية والاجتماعية.

ولنبدأ بالضلع الأول ألا وهو العرض ، فالمقصود بالعرض هو حالة السوق غير المشروعة، من حيث أنواع وكميات المواد النفسية المحدثة للاعتماد كالمخدرات والمنشطات والمهلوسات والكحوليات، المتاحة فيها، وكذلك مدى انفتاح السوق فى مجتمع مُعيَّن على أسواق بعينها فى مجتمعات أخرى، والمقصود بمدى الانفتاح هو :

(١) سامر جميل رضوان : عالم الردمان الطريق المفتوح نحو الدمار . . فهل يمكن التخلص منه؟، مجلة الكويت، دولة الكويت : وزارة الإعلام ، ديسمبر ١٩٩٧م، العدد : ١٧٠ ، ص ٨٦ (بتصرف).

تحديد موقع السوق المحلية فى مجتمع بعينه بالنسبة لخريطة طرق التهريب فى هذا الجزء من العالم الذى يقع فيه المجتمع الذى يعنينا.

فإذا تحدثنا عن موضوع العرض فى إحدى الدول العربية ولتكن «مصر» مثلاً، كان المقصود فى هذه الحالة هو : أنواع المواد النفسية المحدثة للاعتماد المعروضة فى السوق غير المشروعة فيها، وكمياتها، وطرق التهريب المتصلة بهذه السوق. ومن أفضل المصادر لمعرفة أنواع المواد المعرضة وكمياتها فى مصر، التقارير السنوية التى تنشرها الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، أو ما يعادلها فى إدارات أمنية فى أي بلد آخر(١).

بعد ذلك نأتى للضلع الثانى وهو الطلبُ، والمقصود بالطلب : هو كل ما يتعلق بالاستهلاك غير المشروع، يدخل فى ذلك تحديد النوعيات التى يُقبل عليها المتعاطون، وتقدير كمياتها، وتوزيعها بين مختلف الشرائح الاجتماعية. والخبراء يفرقون فى هذا الصدد بين موضوعين فرعيين تحت موضوع الطلب هما : طبيعة الطلب، ووظيفة الطلب.

وطبيعة الطلب تمثل العناصر التالية : أنواع المواد النفسية المحدثة للاعتماد كالحشيش ، والأفيون، والمورفين، والهيروين، والكوكايين. ثم طرق تعاطيها : كأن يكون بالتدخين، أو البلع، أو الاستحلاب، أو الاستنشاق ، أو الحق. كذلك متوسط الجرعة التى يتعاطاها المتعاطى فى المرَّة الواحدة، ومتوسط عدد مرَّات التعاطى فى فترة زمنية بعينها (كأن تكون أسبوعاً أو شهراً) ، وبالتالى تقدير الحجم الكلى للمادة المتعاطاة على مستوى المجتمع فى الأسبوع، أو فى الشهر، أو فى السنة. أيضاً يشمل إذا ما كان المتعاطى يتناول هذه المادة منفردة أم يتناولها مع مواد أخرى (وهو ما يُعرف بالتعاطى الأحادى فى مقابل التعاطى المتعدد) . ويشمل كذلك تحديد نوعية المتعاطى أي من الذى يقبل على هذه المادة، ومن يقبل على تلك ، ذكور أم إناث،

(١) مصطفى سويف : مشكلة تعاطى المخدرات بنظرة علمية، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠٠١م ، ص ١٦ (بتصرف).

شباب أم مسنين، ومن أي الشرائح الاجتماعية، والتصنيفات المهنية. هذه الموضوعات جميعها تدخل تحت طبيعة الطلب[1].

أمَّا وظيفة الطلب فيشار بها إلى مجموعة الدوافع التى تدفع بالمتعاطين إلى طلب التعاطى، والأهداف التى يسعون إلى تحقيقها من هذا التعاطى. وتشير الدراسات الميدانية التى أجريت فى بعض أجزاء الوطن العربى، وفى كثير من دول العالم إلى تعدد هذه الدوافع وتنوع الأهداف. ومن الدوافع التى ورد ذكرها ضمن هذه البحوث ما يأتى: الدافع إلى التخفف من ضغط بعض التوترات النفسية وخاصة مشاعر القلق[2] والخوف من بعض المواقف الاجتماعية. كذلك الدافع إلى تصحيح النوم كأن يكون الشخص ممَّن يعانون من الأرق (وهو تعذُّر البدء فى النوم) أو من النوع المتقطع . وأيضاً الدافع إلى استمرار اليقظة والسهر لمدة طويلة وهو ما يغلب على التعاطى بين نسبة من الطلاب فى فترات الامتحان. والدافع إلى مقاومة التعب لأطول فترة ممكنة وهو ما يغلب على بعض العمال فى أعمال بعينها. ثم هناك الدافع إلى التغلب على أشكال مختلفة من الآلام الجسدية . والدوافع إلى التخلص من السمنة وتخفيض وزن الجسم، وهو ما يكثر وجوده عند بعض السيدات. كذلك هناك أنواع لا حصر لها من الأهداف يسعى المتعاطون لتحقيقها من تعاطيهم ، ومن ذلك الحصول على رضى الأقران والأصدقاء الذى يكون له وطأة «شديدة» فى حالة المراهقين. وقد يكون الهدف مجرد الاستمتاع بالخبرة الخطرة، وهو هدف يسعى

---

(١) مصطفى سويف : الطريق الآخر لمواجهة مشكلة المخدرات : خفض الطلب، القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، ١٩٩٠م.

(٢) القلق Anxiety حالة «انفعالية» تنشأ فى مواقف الخطر الوشيك، وتفصح عن نفسها بتوقع أحداث غير مرغوب فيها، وقد يفصح القلق عن نفسه فى شكل شعور بالعجز ، وعدم الثقة بالنفس، والافتقار إلى القوة الكافية فى مواجهة العوامل الخارجية.

أ.ف بتروفسكى ، م.ج.يارو شفسكى : معجم علم النفس المعاصر، ط١ ، ترجمة : حمدى عبدالجواد ، عبدالسلام رضوان، مراجعة : د. عاطف أحمد، القاهرة : دار العالم الجديد ، ١٩٩٦م، ص ٢٢ (بتصرف).

بالفعل إليه نوع معين من الشخصيات الشابة. وقد يكون الهدف أحياناً هو مجرد التحرر من بعض القيود النفسية التى تفرض نفسها على سلوكيات الشخص فى مواقف بعينها ويريد هو أن يتحرَّر منها لكنه لا يستطيع دون معونة من بعض المواد النفسية(١).

هذه عينة من الدوافع والأهداف لندرك مدى تعقد هذه المشكلة، لذلك نؤكد أن أي دعوة أو برنامج وقائى يقوم على الكلام الخطابى الذى لا يستند إلى علم دقيق بطبيعة الطلب ووظيفته وما بينهما من تفاعلات لا قيمة له. فما يصلح لمواجهة الشرائح التى يتعاطى أفرادها بدافع الترويح لا يصلح لمواجهة من يتعاطون بهدف التطيب الذاتى من آلام الجسد أو من بعض الاضطرابات النفسية وما يُفيد فى مخاطبة صغار الشباب ممَّن هم دون العشرين من العُمْر، لا يُفيد كثيراً فى مخاطبة الرجال ممَّن هم فوق الثلاثين من العمر، وما يجدى فى توجيه الجهود نحو شرائح الطلاب لا يُجدى فى التوجه نحو فئات العمال.

كذلك من بين المشكلات المهمة فيما يتعلَّقُ بالطلب مسألة تحديد حجمه، ويتمثَّل تحديد حجم الطلب فى نقطتين، الأولى: تقدير عدد المتعاطين فى المجتمع، والثانية تقدير حجم المواد النفسية المحدثة للاعتماد فى الشهر أو فى السنة. ومن أفضل الأساليب العلمية الحديثة فى تقدير ذلك، ما يعرف بأسلوب المسوح الميدانية، وهو أسلوب يقوم على الاستعانة بأدوات العلوم الاجتماعية الحديثة، بما فى ذلك الإحصاء، وقياس الظواهر الاجتماعية أو السلوكية موضوع الاهتمام، وتحليل البيانات، ثم تفسير النتائج بما يكشف عن معناه فى إطار الحياة الاجتماعية المواكبة(٢).

---

(١) Susman, R.M. Reduction of drug demand : General Considera - tions , Study on measures to reduce demand for drugs, Preliminary report of a working group of experts, New york U.N. 1979 . 43-55.

(٢) Reid , D.D. Epidemiological methods in the Study mental disorders . 1960, Geneva: WHO.

أما الضلع الثالث فهو مجموعة الاضطرابات الصحيَّة والمشكلات الاجتماعية المترتبة على تعاطى المواد النفسية المحدثة للاعتماد، حيث تزخر دوريات التخصص بالتناول المفصَّل أحياناً، والمقتضب أحياناً أخرى، للاضطرابات الصحية والمشكلات الاجتماعية المترتبة على تعاطى المواد النفسية المحدثة للاعتماد بجميع أنواعها. وقد قام الدكتور «مصطفى سويف» بحصر أهم أنواع هذه الاضطرابات والمشكلات فأمكن له حصر ١٢٦ اضطراباً صحياً بدنياً، و ٣٥ اضطراباً صحياً نفسياً، بالإضافة إلى ٥٥ اضطراباً اجتماعياً، وفيما يلي بعض أمثلة من هذه الأنواع الثلاثة من الاضطرابات.
فقد ورد ضمن الاختلالات البدنية إصابات الجهاز التنفسى، واضطراب وظائف الكبد، والفشل الكلوى، واضطرابات الجهاز الدورى القلبى، والجهاز الدورى الدماغى واحتمالات النزيف الدماغى، ونقصان وزن الجسم، وارتعاش الأطراف، وورد ضمن اضطرابات الصحة النفسية حالات الخلط الذهنى التسممى، والتفكير الاضطهادى، والتدهور العقلى، والنوبات الذهانية الحادة، والاكتئاب والهلاوس، واضطرابات النوم، والنوبات الشبيهة بالصرعية. كذلك جاء ضمن مجموعة مشكلات الحياة الاجتماعية: الانزلاق نحو زيادة الاقبال على المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد، وكثرة النزاعات الشخصية، والانسحاب الاجتماعى، وتدهور الشعور بالمسئولية ، وسوء التوافق الاجتماعى، وتدهور مستوى الأداء في العمل، وارتفاع احتمالات البطالة ، وقصور الدافع إلى العمل، وتدهور الانتاجية كماً وكيفاً، والتسرب الدراسى، والانهيار الأسرى، وارتفاع معدلات الهجر والطلاق، وارتفاع معدلات الجريمة والعنف والشراسة، والسرقة والتزوير، والاغتصاب والقتل(١).

(١) Soueif , M.I.A Tool For the assessent of social and public health problems assdciated with the abuse of psycho - active drugs , the Natiomal Review of social sciences , 1992 , 29/1,1 - 25.

أدوات تقدير المشكلة :

لتقدير مشكلة تعاطي المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد من حيث الكم والكيف أدوات متعددة نذكر منها ما يلي :

أولاً : تقارير إدارة المكافحة في الدول المختلفة : وهي تقارير تتناول عادة أحجام المضبوطات من المواد النفسية المحدثة للاعتماد المختلفة التي أمكن ضبطها، ومصادرتها في خلال سنة كاملة، وأعداد المقبوض عليهم، وأعداد القضايا المنظورة أمام المحاكم بشأن هذه المضبوطات.

ثانياً : تقارير شبكة المعلومات وشبكات الإنذار القائمة في بعض الدول المتقدمة : وهي تقارير تقوم على تجميع البيانات المسجلة في دور العلاج، وأقسام استقبال الحوادث في المستشفيات . . . إلخ، ومن أشهر التقارير التي تندرج تحت هذه الفئة تلك التي تصدر سنوياً في الولايات المتحدة الأمريكية باسم Dawn وهي التسمية المختصرة لشبكة الإنذار الخاصة بتعاطي المخدرات drug Abuse Warning Network وقد جاء في تقرير عام ١٩٧٨ م من القرن المنصرم عن هذه الشبكة أنَّها مشروع يقوم تحت الرعاية المشتركة للإدارة العامة للمكافحة، والمعهد القومي لبحوث تعاطي المخدّرات، وإنَّ هدفه العام هو تجميع وتفسير ونشر المعلومات التي تتعلق بالتعاطي، وإنَّ الإدارة العامة للمكافحة تستخدم هذه المعلومات في برامجها لتطبيق القانون، وإعداد برامج تنبوئية وتربوية ووقائية وعلاجية وتأهيلية(١).

ثالثاً : المسوح الميدانية Surveys . يُستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى البحوث التي تتناول انتشار ظاهرة ما ، أو بعض الظواهر في المجتمع، ويكون هدفها العام عادة إلقاء الضوء على العلاقات التي تربط بين الظاهرة وعدد من العوامل التي تُسهم في تشكيلها أو تحديدها. وقد يكون من بين أهداف البحث تحديد مُعدَّل انتشار الظاهرة في

---

(١) Drug Abuse warning Net Work , 1978 DaWN annual report, drug Enforcement Adminuistration & National Institute on Drug Abuse, 1978 . U.S Depart ment of Justice, Drug Enforcement Administration , Washington D.C. 20537.

المجتمع، أو تحديد معدلات انتشارها فى شرائحه المختلفة، فإذا كان هذا من بين أهداف الدراسة وجب الالتزام بقواعد مُعيَّنة فى انتخاب عينة البحث بحيث يتوفر فيها شرط تمثيل المجتمع الذى يدرسه الباحث تمثيلاً دقيقاً، فإذا كانت الظاهرة التى يتناولها المسح ظاهرة مرضية سُمى المسح بحثاً وبائياً Epidemiological Research(١).

ومع اقتراب السبعينيات من القرن المنصرم امتدت البحوث الوبائية لتشمل دراسة كيفية انتشار تعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد فى المجتمعات المختلفة بعد أن كانت تدرس أنماط انتشار الأمراض الوبائية أي الأمراض سريعة الانتقال بالعدوى كالكالوليرا.

أساسيات المسوح الميدانية:

هذه المسوح الميدانية تحتاج إليها كثير من الدول العربية، ويمكننا أن نشرع فوراً فى تنشيطها بما لدينا من إمكانات مادية وبشرية فى الوقت الحاضر.

نتناول فى البداية الحديث عن نقطتين أساسيتين هما: الهدف الرئيسى للمسح الميدانى، والعينة التى يعتمد عليها الباحث فى اجراء هذا المسح.

الهدف الرئيسى لأي مسح ميدانى هو الكشف عن العوامل التى تقف وراء الظاهرة التى يتقدم الباحث لدراستها، وهى العوامل التى تسهم فى تشكيل أو تحديد الظاهرة موضع الدراسة، فإذا كان الباحث بصدد النظر فى أمر ظاهرة اجتماعية ما أو نفسية اجتماعية، وكان لديه تصور أن الظاهرة ترجع إلى عدد من العوامل لا إلى عامل واحد، فالدراسة المسحية هى الطريق العلمى الأمثل أمامه لإلقاء الضوء على هذه العوامل، أي لتحديد هويتها على أساس واقعى فيمكن أن نطرح سؤالاً مؤاده: ما هى العوامل التى تجعل بعض المواطنين يتعاطون الهيروين (مثلاً)؟، وهو بالطبع سؤال محورى يمكن أن تتولد عنه أسئلة أخرى، ولكنه يظل هو الأساس، مثال ذلك: هل العوامل القائمة وراء ظاهرة تعاطى الهيروين هى نفسها بالنسبة للأفراد من

(١) مشكلة تعاطى المخدرات بنظرة علمية، مرجع سابق، ص٤٥.

جميع شرائح المجتمع؟ ، ويتولَّد عن هذا السؤال عدة أسئلة فرعية أخرى حول العوامل المسئولية عن التعاطى فى شريحة الطلاب ، والمسئولة عن التعاطى بين العمال. . إلخ، كذلك يمكن أن يتولَّد سؤال فرعى ذو توجه جديد مؤداه : هل تكون العوامل كلها ذات أوزان متمثلة (ذات إسهامات متساوية) فى تشكيل الظاهرة؟ وهكذا، يمكن أن نجد أنفسنا فى غمرة عشرات الأسئلة ولكن يظل المحور واحد، وهو إلقاء الضوء على حقيقة العوامل التى تسهم فى تشكيل الظاهرة أو تحديدها(١).

أمَّا النقطة الثانية فهى الخاصة بالعينة، والتى تدور حول ما ينبغى للباحث أن يوفره فى العينة من الأفراد الذين سيجرى المسح عليهم. والشرط الرئيسى فى هذا الصدد أن تكون عينة متمثلة للجمهور الذى سوف يُعمم الباحث نتائج بحثه عليها.

مستلزمات إجراء المسوح الميدانية:

يلزم الباحث بعد ذلك أن يفكر فى الأدوات التى سوف يستخدمها، وفى هذا الشأن تلزمه أداتان : واحدة لجمع البيانات حول الظاهرة، والأخرى لتحليل هذه البيانات بما يمكنه من تقديم الإجابات المُحددة عن سؤاله الرئيسى الذى بدأ به.

وقد جرت العادة على أن تكون أداة جمع البيانات فى شكل استبيان أو ما يُسمى أحياناً استخباراً (أو استمارة بحث) وهو قائمة بعدد من الأسئلة التى تدور حول بعض خصائص الأفراد الذين تتكون منهم عينة البحث، كما تدور حول بعض جوانب الظاهرة موضوع البحث. ومع ذلك فليست هناك ضرورة تحتم أن تكون الأداة استبياناً، بل قد تكون مشاهدات يجرى جمعها حسب خطة معينة، وقد تكون اختباراً نفسياً أو عدداً من الاختبارات النفسية يجرى تطبيقها على أفراد عينة البحث ، يبقى بعد ذلك أداة تحليل هذه البيانات، وهى طرق التحليل الإحصائى، وهذه تتراوح بين أبسط الطرق كحساب التوزيعات التكرارية، أو حساب المتوسطات والتشتتات. .

---

(١) المرجع السابق، ص ٥٠ (بتصرف).

إلخ، وطرق أُخرى على مستويات أكثر تعقيداً مثل بعض معاملات الارتباط أو معاملات الانحدار(١).

مزايا تطبيق المسوح الميدانية :

أولاً : تعتبر أدق الأدوات التى يمكن الاعتماد عليها للوصول إلى تقدير صحيح لحجم مشكلة تعاطى المواد النفسية المحدثة للاعتماد فى المجتمع، ولعددٍ من أوجه خطورتها . ومن أهم مزاياها أن نتائجها تكون مزودة بتقدير لاحتمالات الخطأ المتضمنة فى أي معلومة من الحقائق الكثيرة التى تقدمها لنا، ومِن ثَمَّ فهى تعطى للمعنين من صناع القرارات على اختلاف مستوياتها فرصة التبصُّر بالقيمة الحقيقية التى ستكون لأي قرار يتخذونه بناءً على هذه المعلومة أو تلك وهذا يهديهم إلى الإحجام عن اتخاذ القرارات الخطيرة حيث تنطوى المعلومة على احتمالات عالية للخطأ، والإقدام حيث تنخفض احتمالات الخطأ. أو بعبارة أخرى أن هذه المسوح لا تحمل للمعنين هذه المعلومة أو تلك فحسب ، ولكنها تزودهم كذلك بما من شأنه ترشيد عملية اتخاذ القرار المؤسس عليها(٢).

ثانياً : التكلفة المالية لإجراء هذه البحوث زهيدة بشكلٍ ملحوظ إذا قورنت بالتكلفة المادية التى تقتضيها أنواع أخرى من بحوث المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد، ويدخل فى هذا الصدد بوجه خاص إن إجراءها لا يحتاج إلاَّ إلى العقل البشرى وبعض الجهد، وفيما عدا الاحتياج إلى خدمات الحاسوب (الكمبيوتر) فالمسألة لا تحتاج أية تقنيات متقدمة أو غير متقدمة.

ثالثاً : مجموعةُ المعلومات الرئيسة التى تزودنا بها هذه المسوحُ لا يمكن الحصول عليها من أي مصدر أجنبى، وهو الأسلوب الذى اعتاده معظم الفنين المتخصصين فى مصر والدول العربية، بعكس الحال بالنسبة لمعلومات أخرى مما تقدمه التحليلات

(١) Kahn, A.S. Social Psychology , 1984. Dubupue (Iowa) wm.c. Brown. P.11.

(٢) مشكلة تعاطى المخدرات بنظرة علمية، مرجع سابق، ص ٥٣ (بتصرف).

الكيميائية (الفارماكولوجية) مثال ذلك : إذا كنا نعرف أن معدل انتشار تعاطى الحشيش بين تلاميذ المدارس الثانوية للبنين فى مدينة القاهرة الكبرى عام ١٩٧٨م من القرن المنصرم هو ١٠٪ فهذه معلومة لا يمكن الحصول عليها من أي مرجع أجنبى، ولو أننا تصورنا أنَّ المعلومات المناظرة الواردة فى المراجع الأجنبية يمكن الاعتماد عليها فستقع حينئذ فى خطأ فادح مثلاً النتيجة المناظرة المنشورة بين تلاميذ المدارس الثانوية فى الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٨٠م نجدها تُشيرُ إلى أنَّ هذا المعدل هو ٦٠٪[١]، أي لدينا ١٠٪ ، ولديهم ٦٠٪ فى نطاق الشريحة نفسه هنا وهناك.

رابعاً : يُلاحظ أنَّ المعلومات والمهارات الأكاديمية والعلمية التى يتطلبها إجراء هذه المسوح واستخلاص النتائج المرجوة منها، وعرض هذه النتائج بالصورة التى يحتاج إليها عالم التطبيق بدءاً من الآباء والمربين، إلى صناع القرار والمشرعين، هذه المعلومات والمهارات تقع جميعاً داخل نطاق ما يتعلمهُ دارسو العلوم النفسيَّة والاجتماعيَّة فى كثير من الجامعات العربية، ومن ثمَّ فالباحثين اللازمين موجودين بالفعل وفى حوزة الدول العربية، ولا يتطلَّب الأمر بعد ذلك سوى خلق الآلية التى تقوم بالدور القيادى لتشغيل هؤلاء الباحثين[٢].

---

(١) Johnston, L.D., Bechman, J.G & Q'Malley . P.M. (1981) Highligh - ts From Student drug use in America 1975-1980 , Maryl - and : NIDA.

(٢) مشكلة تعاطى المخدّرات بنظرة علمية ، مرجع سابق، ص ٥٤ (بتصرف).

• الفصل الثالث •

المـــواد النفسية المخدرة

تصنيفها..

تاريخها..

خصائصها

تمهيد

يمكننا الحديث فى هذا الفصل المهم عن تلك المواد النفسيَّة أو المهبطة موضوع هذا الكتاب من حيث عدة محاور.

المحور الأول ، هو محاولة ابتكار تصنيف يراعى قدر الإمكان الشمولية والتكاملية، كما هو موضح فى الجدول رقم (١) ، وسوف يلاحظ القارئ أننى قمت بتقسيم المواد النفسيَّة المخدرة أو المهبطة إلى ثلاثة أنواع رئيسية هى : مواد طبيعية، مواد نصف تخليقية ، مواد تخليقية. وبالطبع فإن هذه الأنواع يندرج عنها مواد أخرى متنوعة سوف نتناولها بالبحث والتحليل.

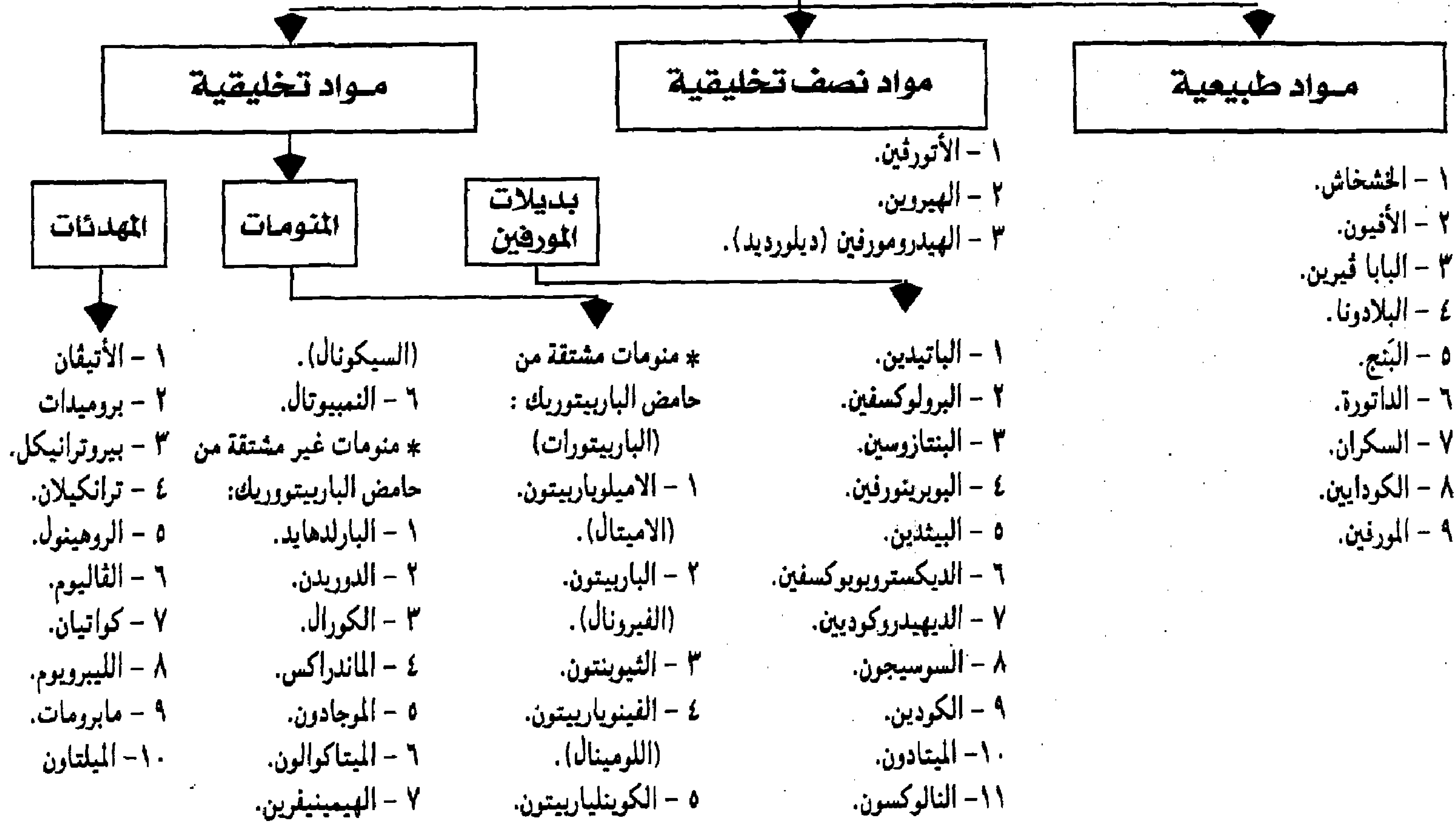
أمَّا المحور الثانى ، فهو يتناول تاريخ نشأة هذه المواد، وكيفية استخدامها قديماً وحديثاً، كذلك انتشارها ، وخصائصها ، بحيث يكوِّن القارئ المتخصص وغير المتخصص على حد سواء رؤية واضحة، وخلفية شاملة، وفكرة علمية خالية من كل لبس أو غموض.

١ - مواد طبيعية (نبات الخشاش):

الخشاش نبات عشبى، طول شجرته تتراوح بين ٧٠-١١٠ سم، وهى ذات جذر أصفر متشعب سميك يبلغ طول جذعها من ٢ إلى ٤ أقدام، وهى تُزهر بين شهرى يناير ومارس، وأوراق شجر الخشاش يتراوح طولها بين ٤ إلى ٥ سم ، ذات لون أخضر فاتح، وأطرافها مدببة ومتعرجة ولا تحتوى على مواد مُخدِّرة، وللنبات رأس أو كبسولة ذات استدارة غير منتظمة تبدو بيضاوية الشكل من قمتها إلى قاعدتها، ويصل حجمها عند النضج كحجم البرتقالة الصغيرة، وتحتوى هذه الكبسولة على بذور النبات.

والخشاش ينتج أزهاراً ذات أربع بتلات، قد تكون بيضاء أو حمراء أو بنفسجية، أو قرمزية، ولكن اللَّون الأكثر شيوعاً هو اللون الأبيض، وحبوب النبات صغيرة ذات

جدول رقم (1)


مـواد نفسية مُخدرة أو مهبطة
مـواد طبيعية
١ - الخشخاش.
٢ - الأفيون.
٣ - البابا فيرين.
٤ - البلادونا.
٥ - البَنج.
٦ - الداتورة.
٧ - السكران.
٨ - الكودايين.
٩ - المورفين.
مواد نصف تخليقية
١ - الأتورفين.
٢ - الهيروين.
٣ - الهيدرومورفين (ديلوديد).
مـواد تخليقية
بديلات المورفين
١ - الباتيدين.
٢ - البرولوكسفين.
٣ - البنتازوسين.
٤ - البوبرينورفين.
٥ - البيثدين.
٦ - الديكستروبوبوكسفين.
٧ - الديهيدروكودين.
٨ - السوسيجون.
٩ - الكودين.
١٠- الميتادون.
١١- النالوكسون.
المنومات
* منومات مشتقة من حامض الباربيتوريك : (الباربيتورات)
١ - الاميلوباربيتون. (الاميتال).
٢ - الباربيتون. (الفيرونال).
٣ - الثيوبنتون.
٤ - الفينوباربيتون. (اللومينال).
٥ - الكوينلباربيتون. (السيكونال).
٦ - النمبيوتال.
* منومات غير مشتقة من حامض الباربيتووريك:
١ - البارلدهايد.
٢ - الدوريدن.
٣ - الكورال.
٤ - الماندراكس.
٥ - الموجادون.
٦ - الميتاكوالون.
٧ - الهيمينيفرين.
المهدئات
١ - الأتيفان
٢ - بروميدات
٣ - بيروترانيكل.
٤ - ترانكيلان.
٥ - الروهينول.
٦ - الفاليوم.
٧ - كواتيان.
٨ - الليبريوم.
٩ - مابرومات.
١٠- الميلتاون

لون أبيض مصفر، وبعضها رمادى مزرق، ومن العجيب أنها تستخدم فى صناعة أرقى أنواع البارفانات، وبعض الألوان والزينة المنزلية، كما تستخدم الحبوب فى صناعة الحلويات وهى لا تحتوى على مواد مخدرة، ولا يوجد حظر دولى على تداولها ، وأزهار الخشاش أو الأفيون لا تحتوى على مواد مخدرة، وتجدر الإشارة إلى أن أوراقها وثمارها غير الناضجة بها سائلٌ أبيض كريه الرائحة وهو الأفيون، والجزء السام منها(١) .

ونبات الخشخاش يُسمى فى مناطق كثيرة «أبو النوم» لما يحدثه من خدر ونوم، وتعتبر آسيا الصغرى الموطن الأصلى لشجرة الخشخاش، وهذه الشجرة انتشرت من أزمنة سحيقة فى العراق ومصر وإيران، ثم انتقلت إلى أفغانستان وشبه القارة الهندية. ويعتبر المثلث الذهبى : لاوس وتلايلاند وبورما، والهلال الذهبى : باكستان ، وأفغانستان وتركيا من أكبر مصادر نمو هذه الشجرة فى العالم فى الوقت الراهن(٢) .

وفى مصر ظل الخشخاش يزرع بها حتى عام ١٩٢٦م حين صدر قانون يُحرم زراعته وإن كان زارعوه قد استمروا فى نشاطهم فترة من الوقت مع استخدام الحيل المختلفة فكان يُزرع متفرقاً وسط حقول الأذرة (الذرة) وقصب السكر حتى لا يظهر لعيون رجال المكافحة، وكانوا فضلاً عن ذلك يقاومون رجال الشرطة مقاومة شديدة تصل إلى حد استخدام الأسلحة النارية المختلفة(٣) .

والمواد الفعالة فى نبات الخشخاش هى : الأفيون والمورفين والكودايين والثيبايين والبابافرين، والناركوتين، والنارسيين وكلّها من المخدّرات . وتتركز هذه المواد المخدّرة على جوانب أو أطراف الثمرة وفى الجزء الأعلى من الساق بنسب تتراوح بين ١٠٪ إلى عشر وزنها وهى ما يُسمى بـ «الأفيون النقى» ومن الأحرى أن نطلق عليه

---

(١) أحمد إسماعيل عبدالكريم : المخدرات آفة العصر، الحلقة الثالثة، مجلة المنهل، السعودية : دار المنهل الثقافية، يوليو / أغسطس ١٩٩٦ م ، ص ١٤٥ (بتصرف).

(٢) ناجى محمد هلال : إدمان المخدرات ، رؤية علمية واجتماعية، القاهرة ، دار المعارف ، ١٩٩٩م، اقرأ، العدد : ٦٤٦ ، ص ٦٥ .

(٣) إبراهيم كوكبانى : الخشاخش فى التاريخ القديم ، المجلة التربوية ، بيروت ، ١٩٨٠م ، العدد الأول ، ص١٤ .

«خام الأفيون» ، وليس الأفيون النقى لأنَّه ليس أفيوناً خالصاً، بل يتركب من تلك المكونات الأساسية التى يمكن فصلها وتُشكّل مخدراً آخر قائماً بذاته.

ولونُ عصارة «خام الأفيون» أبيض مصفر، وبعضها أخضر داكن ويتراوح طولها بين بوصة وأربع بوصات وهى ذات شكل دائرى. ويستخرج الأفيون من الثمار بخدش رؤوسها فتسيل عصارة لبنية لزجة مُرة المذاق، وهى ذات لون أبيض تتأكسد مع الهواء، فيتحوَّلُ لونها إلى اللون البنى الداكن، وذات رائحة نفاذة، ويتم جمع هذه العصارات قبل طلوع الشمس حتى لا يصعب فصلها عن النبات إذا جمعت بعد ذلك[١].

هذا ، وقد تراجعت المساحة المزروعة خشخاشاً ، فقد تم رصد وإبادة ٥٨ فداناً بتراجع نسبى نحو ٣٣٪ عام ٢٠٠٠م[٢].

الأفيـــون :

اسم الأفيون OPIUM مشتق من الأصل اليونانى القديم OPOS ، والتى تعنى (العصير) أو (العصارة) ، وذلك لطبيعة الحصول على الأفيون الخام بتجفيف العصارة التى تنضح من الكبسولة الحاملة للبذور قبل تمام نضجها[٣].

أمَّا اسمه العلمى فهو : Papaver Somniferum Album . وقد استخدم الأفيون فى الأغراض الطبية منذ آلاف السنين، فتشير بردية «إيبرز» Ebers Papyri وقد وصلت إلينا هذه البردية باللغة الهيراطيقية القديمة، وتمت ترجمتها على يد «چورچ إيبرز» وهى محفوظة فى ليبزج - إلى أن الأفيون كان يستخدم فى علاج المغص عند الأطفال[٤].

---

(١) المخدِّرات آفة العصر ، مرجع سابق، ص ١٤٦ .
(٢) جريدة الأهرام القاهرية ، الصادرة بتاريخ ٣٠ يونيه ٢٠٠٢م ، ص ٢٨ .
(٣) الإدمان ، مرجع سابق، ص ١٢٠ .
(٤) Deneau, G.A. & Mulé, S.J. Pharmacology of the opiates , in sub- stance abuse : clinical problems and perspectives, J.H. Lowin son & P. Ruiz eds., Baltimore : Wiliams & Wilkins 1981, P.129.

كذلك استخدم الصينيون القدماء الأفيون فى الطب. حيث ذُكر فى أول دستور للأدوية المعروف باسم «بن تساو» Pen - Ta,uo والذى كُتب قبل ميلاد المسيح بألف عام فى عهد إمبراطور الصين «شين نونج» Shen Nung . كما جاء ذكرُ الأفيون فى الطب الشعبى الهندى، ضمن كتاب «الفيداس» المكتوب باللغة السنسكريتية وهى لغة «هندية» «قديمة» ظهرت منذ أكثر من أربعة آلاف عام.

وانتقل استخدام الأفيون كعلاج من الحضارتين المصرية والصينية القديمتين إلى الحضارة اليونانية فى القرن الخامس قبل الميلاد، فقد جاء فى طب «أبقراط» Hippocrates وخاصةً فى مجموعته التى عُرفت باسم «المجموعة الأبقراطية» ذكر استخدام الأفيون فى دار الشفاء التى أنشأها وأسماها «باتريوت» لعلاج وتسكين الآلام لكثير من الأمراض، كما استخدمه «ثيوفراستس» Theophrastus حيث تعرَّف على خواصه وصفاته، واستخدامه كذلك «ديوسكوريدس» Dioscorides فى التنويم أثناء إجرائه عمليات جراحية، حيث كان جرَّاحاً عظيماً فى عهد الإمبراطور الرومانى «نيرون» عام ٧٧ قبل الميلاد(١).

كذلك ورد ذكره فى ملاحم «هوميروس» Homerus باعتبار الدواء الذى يهدئ الألم والغضب ويمحو من الذاكرة كلَّ أثر للحزن. ووصفه «دسكورديس» Discordes «وبلينى» Pliny للعلاج من ضيق التنفس وللمساعدة على النوم.

واستفاض فى ذكر الأفيون الأطباء المسلمون مثل «جابر بن حيان» فى كتابه «السموم ودفع مضارها»، و«أبو بكر الرازى» فى كتابه «من لا يحضره الطبيب» وذكر منافعه أيضاً «ابن البيطار» فى «الجامع لمفردات الأدوية والأغذية»، وكذلك «المفتى» فى «الأدوية المفردة»، كما وصف «ابن سينا» استخدام بذور الخشخاش فى علاج «ذات الجُنب» التهاب غشاء الرئة Plueuritis ، كما وصف استعمال الأفيون فى علاج بعض أنواع «القولنج» (المغص Colic)(٢).

---

(١) زهير عبدالوهاب : الأفيون – حكاية دواء انتهى إلى وباء، مجلة الخفجى، السعودية : شركة الزيت العربية المحدودة، سبتمبر ١٩٩٨ م، ص ٣٤.

(٢) انظر : ابن سينا : القانون فى الطب، القاهرة : دار الطباعة المصرية، ١٢٦٤ هـ، ص ٢٢٥، ص ٤٦٩.

كذلك ذكر «داودُ الأنطاكى» فى تذكرته المعروفة باسم «تذكرة أولى الألباب والجامع للعجب العُجاب» تحت اسم خشاش ، وقال فى هذا الصدد إذا أُطلق (أي هذا الاسم) يُراد به النبات المعروف فى مصر بأبى النوم. وقال: إنَّه ينمو برياً ، وقد يزرع أيضاً، ومنه يستخرج الأفيون بالشرط، وقال فى وصف آثاره: إنَّهُ إذا دُقَّ بجملته رطباً وقُرص كان مرقداً جالباً للنوم، مجففاً للرطوبة، محللاً للأوارم، قاطعاً للسُعال. . أمَّا بذره فنافعٌ لخشونة الصدر وضعف الكبد والكلى، ويُصبُّ طبيخه على الرأس فيشفى صداعه وأنواع الجنون كالبرسام والماليخوليا(١).

وكان استخدام الأفيون فى الماضى مقتصراً على الأغراض الطبية ، وكان يعطى للمرضى عن طريق الفم، أمَّا حالات التعاطى والاعتماد فكانت محدودة جداً.

والجدير بالذكر أنَّهُ أول ما وصلنا عن الأفيون ما جاء فى لوحة سامرية عام ٤٠٠٠ ق.م ، حيث أطلقوا على الأفيون فى هذه اللَّوحة اسم «نبات السعادة» ، وفى عام ٣٣٠٠ ق.م جاء فى لوحة أخرى تصف حصاد الأفيون، وكان أسلوب القدماء لا يختلف من المتبع حالياً فى استخراج الأفيون الخام الذى يحتوى على المادة لمدة من سبعة إلى عشرة أيام فى السنة فقط. والسامريون فى الألف الثالثة قبل الميلاد كانوا يشغلون المنطقة التى نسميها الآن شمال سوريا والعراق(٢).

كما وصلنا أن الأغريق عرفوا الأفيون، والدليل على ذلك ما جاء على لسان «هوميروس» من وصف للأفيون الذى تسلمته «هيلينا» الطروادية عن زوجة فرعون مصر فى ذلك الزمان: «كل من يشرب من ذاك (يعنى الأفيون) لن تنسكب الدموع على خديه ولو كان يرى بعينيه لموت أبيه وأمه، أو رجلاً ينحرون أخاه أو فلذة كبده» ، كما يشير «هوميروس» فى الأوديسا إلى استعمال الأفيون لإزالة الكرب والضيق.

---

(١) انظر : داود بن عمر الأنطاكى : تذكرة أولى الألباب والجامع للعجب العُجاب ، القاهرة : دار الفكر للطباعة والنشر ، ١٩٥٢م، ص ١٤٠.

(٢) Chopra R.N. & Chopra, I.C.Le Tvaitement de la Toxicomanie : ex - Periences diverses tentees en Inde , Bulletin des stupefian - ts , 1957 , 914, 22 - 35.

والجدير بالذكر أن تمثال الإله «النوم» عند الإغريق «هيبنوس» ، ونفس الإله عند الرومان «سومنوس» مزيناً بثمار الخشاش.

ولقد استعمل «جالينوس» الطبيب الإغريقى الأفيون بكثرة لعلاج الصُداع والدوخة والمغص والحمى والجذام وأمراض أخرى كثيرة ، ويشير «جالينوس» إلى أن الأفيون كان يُمزجُ بالسكر ويباع فى الشوارع للناس لاستخدامه من أجل الترفيه[1].

كما يُفيدُ المؤرخون أنَّ الإمبراطور الرومانى «ماركوس أوريليوس» كان معتمداً على الأفيون وعانى من أعراض الامتناع أحياناً.

وفى الهند يبدو أنَّ نبات الخشخاش والأفيون نفسه كانا معروفين منذُ القرن السادس الميلادى، وتذكرُ بعضُ المراجع أنَّه ورد إلى الهند والصين أصلاً من بلاد سومر[2].

ويبدو أيضاً أن الأفيون استقر فى الهند قبل الصين بزمن طويل، وانتشر تعاطيه بين الهنود عن طريق الأكل أو التدخين أو الشراب. وظلت الهندُ تستخدم الأفيون فى تبادلاتها التجارية المحدودة مع الصين إلى أن قررت شركةُ الهند الشرقية فى أوائل القرن التاسع عشر أنْ تضعه ضمن احتكاراتها، ثم اتجهت به إلى محاولات التسويق بالقوة فى أسواق الصين، وانتهت مقاومة الصين لهذه المحاولات بوقوع الحرب المعروفة باسم حرب الأفيون من عام ١٨٣٩م ، إلى عام ١٨٤٢م بين الصين مدافعة عن نفسها، وإنجلترا مصممةً على فتح أسواق الصين بالقوة وإغراقها الأفيون.

وفى الهند ظلت استخدامات الأفيون تتراوح بين التعاطى والاعتماد من ناحية، والتطبيب من ناحية أخرى، ويقال: إن المسئول عن إدخاله ضمن ممارسات الطب الهندى لهمُ العرب فى حوالى القرن التاسع الميلادى. وقد عُرف الطبُ العربى فى

---

(١) عادل الدمرداش : الإدمان ، مظاهره وعلاجه، الكويت .. المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب، أغسطس ١٩٨٢م، عالم المعرفة، العدد : ٥٦ ، ص ١٦٠.

(٢) Arif. A & Westermeyer , 1988, P.43.

الهند ولا يزال باسم Unani Tibbi أي الطب اليونانى نظراً لأصوله اليونانية، ويؤكِّد الخبراء أنَّ المؤلفات الطبية العربية لم تقتصر على وصف خصائص الأفيون بل زادت على ذلك تضمينه فى كثير من وصفاتها الطبية. ومن بين الاضطرابات التى يُعالجها الطب العربى فى الهند بواسطة الأفيون : الأرق، والاستثارة العصبية، والإسهال، والدوسو نطاريا، وإلتهاب الأعصاب، والآلام الروماتيزمية. ومن الخصائص التى تُذكر للأفيون أنَّه : منوم، ومسكن للأوجاع، ومخثر للدم، وممسك. وجدير بالذكر أن هذا النوع من التطبيب لا يزال يمارس فى الهند كجزءٍ من الطب الشعبى وخاصة فى القرى الهندية(١).

ولقد عرفت الصين الأفيون فى آواخر القرن السابع للميلاد ، عقاراً مسكناً وظل تعاطيه محدوداً حتى القرن السابع عشر، إذا تفشت عادة تدخينه مُخدراً ، وتفاقم الأمر بسرعة عجيبة وذاع تعاطيه حتى الاعتماد بين الصينين. وفى عام ١٧٢٩م كان قد بلغ الأمر من الخطورة مبلغاً حمل الإمبراطور آنذاك على حظر تدخينه رسمياً، وعقب ذلك جاء إمبراطور آخر عام ١٧٩٦م فمنع استيراده وزراعته، الأمر الذى أثار حفيظة بريطانيا فى ذلك الوقت ، لأنَّ الدول الاستعمارية فى ذلك الوقت، وخاصة بريطانيا وفرنسا أرادتا حماية تجارة الأفيون، وشنت من خلالها حروباً ضارية، لقد رغبت الصين آنذاك فى غلق أبوابها فى وجه الأجانب، بينما يريد الإنجليز استخدام الموانىء الصينية فى تجارة الأفيون، وقد أدى هذا الصراع إلى حدوث واحدة من أكثر الأحداث حزناً وأسى، وهى «حرب الأفيون» Opium war والتى بدأت بريطانيا فى إشعالها لحماية تجارة الأفيون عندما امتنعت الصينُ عن إدخال الأفيون إلى أراضيها بما فرضته من قيود على التجار. وكانت هذه التجارة مقصورة على ميناء واحد هو ميناء «كانتون» Canton الذى وضع تحت سيطرة جماعة صغيرة كان يُطلق عليها اسم «كوهونج» Cohung .

(١) Dawara Kanath, S.C.Use of opium and cannabis in the tradit - ional systems of medicine in India , Bulletin on Narcotics, 1965m 17/1, 15-20.

واستطاعت هذه الجماعةُ التحكم فى أسعار هذه التجارة وغيرها، ففرضت على التجار الإقامة فى أحياء مُحدودة أو «وكالات» فى «كانتون» ومحظور عليهم مغادرتهم ، كما أنَّهم لا يستطيعون البقاء فيها إلاَّ خلال الموسم التجارى الممتد من شهر أكتوبر إلى شهر مايو.

وكان الأفيون هو السلعة الوحيدة المصدرة إلى الصين، حيث كان يأتى من الهند فى ظل النفوذ البريطانى على بواخر بريطانية ، وعن طريق تجار بريطانيين.

وفى عام ١٨٣٤م بُذلت بعضُ الجهود لتحسين العلاقات بين البلدين عندما عيَّن اللورد «نابيير» Lord Napier للإشراف على شئون التجار البريطانيين فى كانتون. ولكن الصينيين رفضوا الاعتراف بشرعية وظيفته، وكان لفشل بعثة «نابيير» التأثير السىء فى العلاقات ، بالإضافة إلى الأثر الذى خلفه إلغاء احتكار شركة الهند الشرقية عام ١٨٣٣م حيث زاد عدد التجار الذين يزاولون تجارتهم مع الصين وزادت معها تجارة الأفيون، ففى عام ١٨٢١م صُدِّر للصين خمسة آلاف صندوق الأفيون، وبعد عشر سنوات أصبح الرقم هو ستة عشر ألف وخمسمائة صندوق (١٦٥٠٠)، بينما بلغ الواردُ إلى الصين من الأفيون فى عام ١٨٣٩م أربعين ألف صندوق (٤٠٠٠٠) ، ومع هذه الزيادة المضطردة فى واردات الأفيون إلى الصين أصدر الإمبراطور الصينى آنذاك «تاوكوانج» Tuo Kuang أوامره إلى «لين تسى هسو» Lin Tse Hsu بالتوجه إلى كانتون فى مارس ١٨٣٩م للحدِّ من هذا الخطر، فأصدر «لين» أوامره إلى التجار بتسليم جميع صناديق الأفيون. وألقى القبض على ستة عشر تاجراً كرهائن ، أما الباقون فحاصرهم فى وكلاتهم فى كانتون حتى استسلموا. وفى احتفال كبير ثم إحراق ما يزيد عن عشرين ألف ومائتين وواحد وتسعين (٢٠٢٩١) صندوق من الأفيون.

وغضب اللورد «بالمرستون» وزير الخارجية البريطانى فى الصين لهذا الأمر وأعلن أنَّ الصينيين قبضوا على بريطانيين وليس على أفيون بريطانى، وتم إرسال الأسطول البريطانى إلى الصين فى نوفمبر عام ١٨٣٩م ، وهكذا اشتعلت الحربُ،

ولم يكن هدف البريطانيين الأساسى مساعدة تجار الأفيون للحصول على امتيازات جمركية، وكذلك على تعويضات عن الأفيون المحروق فحسب، وإنما لاستعمار جزيرة يستطيع البريطانيون الحياة فيها فى حماية القوانين البريطانية.

واجتاحت القوات البريطانية الجزر والموانئ الصينية، ففى عام ١٨٤١م احتل البريطانيون «هونج كونج» Hong Kong ، ثم «آموى» Amoy ، و«تينغهاى» Tin-ghai ، و«تشوسان» Chusan، وانتهى الأمر فى ذلك العام بالاستيلاء على «تشين هاى» Chinhai و«نينج بو» Ningpo ، واستولوا على «شنغهاى» Shanghai فى الربيع التالى. وبعدها أصبح الخطر يُهدد «بكين» ، ولم ينقذ الصين إلاَّ المفاوضات الدورية، وفى التاسع والعشرين من شهر أغسطس عام ١٨٤٢م، انتهت الحرب باستسلام الحكومة الصينية[١].

ونتيجة لذلك وقعُت الدولتان معاهدة «نانكين» فى عام ١٨٤٣م وبمقتضاها استولت إنجلتر على «هونج كونج» لتنفيذ أغراضها فى تجارة الأفيون، وحصولها على تعويضات ضخمة بموجب هذه الاتفاقية عن الأفيون الذى تم إحراقه ، وكذلك تعويضات حربية بلٍغت واحد وعشرين مليون دولار فى ذلك الوقت، وقد عادت هذه الجزيرة إلى الصين فى شهر يوليو عام ١٩٩٧م من القرن المنصرم، بعد احتلال لها دام مائة وخمسة وخمسين عاماً.

هذا بالإضافة إلى فتح معظم الموانى الصينية الكبرى أمام البضائع الغربية بحد أقصى للضرائب الجمركية ٥٪ ، وإعفاء الرعايا الأجانب من الخضوع للقانون الصينى.

وشجَّع ذلك الولايات المتحدة الأمريكية فضغطت على الصين ووقعت معها معاهدة مماثلة فى عام ١٨٤٤م، وكان من أهم النتائج بعدة المدى التى ترتبت على

---

(١) أحمد محمد الصغير : تاريخ وتجارة الأفيون، مجلة القافلة ، السعودية : أرامكو السعودية، ديسمبر ١٩٩٧م، ص ص ٣٤ ، ٣٥.

ذلك الانتشار الواسع للاعتماد على الأفيون بين جميع فئات الشعب الصينى ، حتى لقد قُدِّر عدد المعتمدين على الأفيون فى عام ١٩٠٦م بخمسة عشر مليون، وقُدر فى عام ١٩٢٠م بـ ٢٥٪ من الذكور فى المدن الصينية.

واستمرت هذه الأوضاع المُتردية فى الصين حتى أكتوبر عام ١٩٥٠ عندما أعلنت وزارة الصحة فى حكومة «ماوتسى تونج» بدء برنامج فعَّال للقضاء على تعاطى الأفيون وتنظيم تداوله»(١).

هذا، وقد استعمله الأطباء العرب ، فيعد «ثابت بن قرة» من أسبق الأطباء العرب وأقدمهم فى تبيان آثار الأفيون علاجياً وصيدلانياً فقد قال فى الذخيرة: « كلُ دواءٍ يدخله البنج والأفيون يغلبُ المرض ويُطفىء الحرارة الغريزية»(٢).

والأفيون أشدُ المخدَّرات قوةً عند ابن سينا فقد وصف خصائصه فقال: « منوم شمه . . مخدر مسكن لكل وجع سواء أكان شراباً أو طلاءً، منوم احتمالاً بفتيلة «أي تحميله SUPPOSITORY» أو بغير فتيلة . . وهو ممَّا يبطل الفهم والذهن»(٣).

ولقد استخدم الأفيون الطبيب الأوروبى «باراسلوس» عام ١٧٠١م ، ولم تتضح خواص الأفيون الاعتمادية إلاَّ فى النصف الثانى من القرن السادس عشر حين وصفها الطبيب الألمانى «راوفولف» RAUWOLF عام ١٥٧٠م أثناء زيارته للشرق الأوسط. وفى القرن الثامن عشر قال الطبيب الإنجليزى المشهور «توماس سيد نهام» : « إن من علاج الأمراض مستحيل بدون وجود الأفيون»، وكان يستخدمه على شكل سائلٍ مركَّب سماه «لاودانوم» ، ثم قام مساعده «دوفر» بتحضير مسحوق مُركب أطلق عليه اسمه(٤).

---

(١) Lowinger, P.How the People's republic of china solved the drug abuse Problem , Amer . J. Chinese Medicine, 1973, 1/2, 25-282.

(٢) المخدرات آفة العصر ، ج٣، مرجع سابق، ص ٤٦ .

(٣) ابن سينا : القانون فى الطب، ج١، ٣ ، القاهرة : دار الطباية المصرية ، ١٢٦٤هـ.

(٤) الإدمان ، مظاهره وعلاجه ، مرجع سابق، ص ١٦١ .

هذا ، وقد وصف «ج . دى شابرول» أحد كُتَّاب وصف مصر أيام الحملة الفرنسية مقاهى الأفيون فى القاهرة بقوله : « ثمة كثير من المقاهى يُباع فيها الأفيون، وهو نوع من المعجون المخلوط بالأعشاب، وتتخذ الطبقات الدنيا من الشعب من هذه العقاقير وسيلة للسكر والانتشاء، ويعتاد عليه ثلثى عدد الحرفيين، وكذا الأمر بالنسبة للفئات الأخرى من السكان، كما أنهم يسكرون داخل بيوتهم بالرغم من أن الدين يحرم ذلك، ويعتقل البوليس ويعاقب السكارى الذين يكون هذيانهم بالغ الصخب. وفيما عدا ذلك لايضايقهم أحد ويكونون بمثابة تسلية بهيجة للناس بسبب هذيانهم وحركاتهم المجنونة» ، ثم يطلق الكاتب بقوله أيضاً: «لا يشبه السكر الناتج عن الأفيون ذلك السكر الذى تحدثه الخمور، فعندما تتخدَّر حواس رجل ما بفعل الأفيون فإنه يبدو فى حالة شديدة من البهجة ويضحك بصوت عالٍ ويكون هذياته عادةً مرحةً، وفى بعض الأحيان يغرق فى أحلامه السعيدة، وفى أحيان أخرى يُشرك معه الناس فى أحلامه وسعادته. وقد يتخيل نفسه سلطاناً أو شيخ بلد، كما قد يظن نفسه أحياناً ممتطياً صهوة حصان ويطلب من الآخرين أن يعاونوه فى وضع قدمه على الأرض. وإذا ما عارضه أحد فإنَّه لا يغضب مطلقاً وإنما يصبح جباناً يفزعه أقل صوت. ونراه ينتقل من أشد حالات الابتهاج والمرح إلى أشد حالات اليأس والحزن فيبكى ويعول ويسقط فى غيبوبة»[1].

ويحتوى الأفيون الخام على المواد التالية:

(أ) المورفين ١٠٪ ، ويُستخدم طبياً على شكل حقن كمسكن للألم.

(ب) الفوسكايين ٦٪.

(جـ) البابافرين ١٪ ويستعمل طبياً فى توسيع اللأوعية الدموية.

(١) علماء الحملة الفرنسية : موسوعة وصف مصر (المصريون المحدثون) ، الجزء الأول ، ترجمة : زهير الشايب، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠٠٢م ، ص ١٣٩.

(د) الكودايين الذى يُستخدم فى تسكين السُعال وتقلُّص الأمعاء.

(هـ) الثيبايين والنارسيين[1].

وللأفيون تأثيرات عديدة نرصدها فى التالى: ينبه الجهاز العصبى المركزى ويهبطه فى آن واحد. فهو يسكن الألم ويُضعف التنفس والسعال، ويسبب الاسترخاء والهدوء، والشعور بالنشوة أحياناً وبالاكتئاب وانحراف المزاج فى أحيان أُخرى. كما أنَّه يسبب النعاس والنوم. ومن آثاره المنبهة الغثيان والقىء، وانكماش بؤبؤ العين، وازدياد قوة انعاكاسات النخاع الشوكى، والتشنُّجات فى أحوال نادرة، كما يسبب تقلُّص عضلات المعدة والأمعاء فيؤدى ذلك إلى بطء مرور الطعام فى المعدة والإمساك، كذلك تقلُّص عضلات القنوات المرارية والشعب الهوائية وعضلات الحالبين[2].

وإلى عهد قريب استمر الناسُ فى استعمال مادة الأفيون من غير ضابط أو رادع قانونى، وتعدُ الولايات المتحدة الأمريكية أول من حدّ من استعمالها بعد أن تبينت آثارها التدميرية على الصحة والمجتمع، حيث أصدرت محكمتها العُليا فى عام ١٩٢٠م قراراً بمنع تداولها أو استعمالها إلا لأغراض طبية صرفة.

هذا، وقد وضعت العديد من القوانين والاتفاقات الحد من انتشار الأفيون، كانت أول محاولةٍ للحدِّ من تجارة الأفيون ومشتقاته فى العصر الحديث عام ١٩٠٩م عندما اجتمع مندوبون رسميون لتسع دول أوروبية فى «شنغهاى» فى الصين وأصدر قراراتهم الداعية إلى إيقاف تجارة الأفيون التى بدأت تغزو الأسواق الأوروبية ذاتها. وفى عام ١٩١٢م وقعت فى «لاهاى» بهولندا اتفاقية الأفيون الدولية للحدِّ من استهلاك الأفيون ومشتقاته وتكونت لجنة دائمة من ثمانية أعضاء مهمتها مراقبة منع الأفيون. وفى عام ١٩٣١م اجتمع مندوبوا الدول الأوروبية ووقعوا اتفاقية للحدِّ من تجارة الأفيون ومشتقاته، ولم تفلح هذه الاتفاقية للسيطرة الاحتكارية للرأسمالية اليهودية على هذه التجارة، والتى تجد العديد من الطرق للتحايل على هذه القوانين.

(١) الإدمان، مظاهره وعلاجه، مرجع سابق، ص ١١.

(٢) المرجع السابق، ص ص ١٦٣، ١٦٤.

وقامت منظمة الأمم المتحدة بإصدار وثيقة عام ١٩٤٦م تقضى بمحاربة تجارة الأفيون ومشتقاته ولم توقع عليها إلاّ دول «قليلة» وفى عام ١٩٥٣م وضعت معاهدة أخرى أكثر تشدداً ووقعت عليها مجموعة أكبر من الدول(١).

وتُعد دول المثلث الذهبى : لاوس، وتايلاند ، وبورما ، والهلال الذهبى : باكستان، وأفغانستان، وإيران، وتركيا، من أكبر مصادر إنتاج الأفيون المستخدم فى مجال تجارة المواد النفسيَّة المخدرة فى الوقت الحاضر، بالإضافة إلى : المكسيك ، وبيرو ، وكولومبيا ، والأكوادور، والهند(٢).

ويبلغ الإنتاج العالمى للأفيون حسب تقديرات عام ١٩٩٥م ألفى طن سنوياً(٣).

ويهرب الأفيون من تركيا إلى مصر، وتعتبر تركيا من الدول المنتجة للأفيون، وقد اشتركت فى توقيع أغلب معاهدات المخدرات التى عُقدت منذ قيام «عصبة الأمم المتحدة»(٤) حتى وقتنا الحاضر، وتعهدت بتحديد انتاجها من هذا المُخدر طبقاً للاحتياجات الفعلية التى تستلزمها الأغراض الطبية العلمية فى العالم.

بيد أن ما يزرع فى تركيا من الخشخاش يزيد كثيراً عن هذه الاحتياجات، سواء فيما يخص الاستهلاك المحلى أو التصدير، والسبب الرئيسى لهذه الزيادة هو تلك المساحات الشاسعة من الأراضى التى تقع بين الجبال ووسط الهضاب فى الجهات النائية والتى تقصر يدّ الرقابة عن تناولها ، بالإضافة إلى نفوذ أصحاب هذه الأراضى اجتماعياً واقتصادياً.

---

(١) تاريخ وتجارة الأفيون ، مرجع سابق، ص ٣٧.

(٢) انظر : محمد على البار : المخدرات الخطر الداهم، ط١ ، دمشق : دار القلم، ١٩٨٨م.

(٣) محمد العودات ، جورج لحام : النباتات الطبية واستعمالاتها ، ط٣، دمشق : الأهالى: ١٩٩٢، ص٣٠.

(٤) عصبة الأمم LEAGUE OF NATIIONS تكونّت فى عام ١٩٢٠ بعد قيام الحرب العالمية الأولى، على أمل ان تمنع قيام حروب أخرى فى المستقبل، وقد انضم إليها نحو خمسين دولة، واتخذت عصبة الأمم مركزها فى مدينة جنيف بسويسرا، وأنشأت محكمة العدل الدولية فى لاهاى بهولنده، حتى قامت الأمم المتحدة فى عام ١٩٤٥م. وقد وقع على ميثاقها ممثلو احدى وخمسين دولة فى مؤتمر عُقد بمدينة سان فرانسيسكو.

* فاطمة محجوب : دائرة معارف الشباب ، القاهرة : مطبعة مصر ، د.ت، ص ٦٨٠ ، ص ١٠٩٣.

ويُهرَّب الأفيون من تركيا إلى سوريا عبر الحدود الممتدة ومنها إلى الأردن أو إلى إسرائيل أو لبنان كى يأخذ طريقه إلى سيناء أو شواطىء البحر المتوسط.

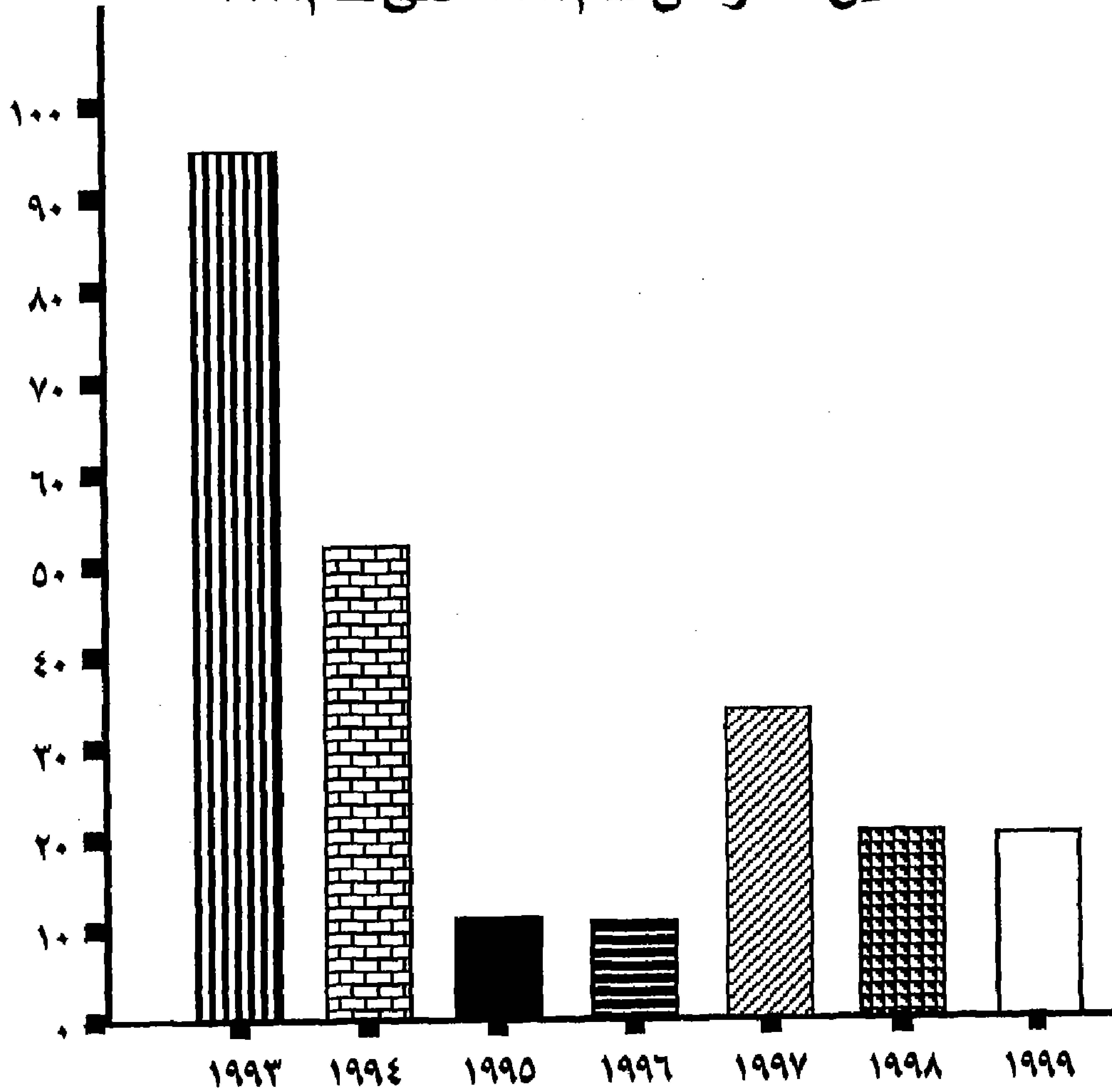
وهناك وسيلة أخرى وهى نقل الأفيون عن طريق السفن التركية، أو مراكب صيد الأسفنج إلى موانى ليبيا ومنها إلى داخل مصر.

وقد ينقل الأفيون من تركيا فى السفن القادمة عبر قناة السويس بواسطة بعض الرُّكاب أو البحارة الذين يقومون بتسليمه إلى التجار أو بيعه بأية صورة فى أحد الموانىء المصرية على قناة السويس. كذلك فإن الأفيون قد ينقل من تركيا بواسطة بعض ركاب الطائرات القادمين إلى ميناء القاهرة الجوى ، وإن كان هذا يتم بمقادير محدودة.

وعن كميات الأفيون المضبوطة يمكننا النظر إلى الجدول رقم (٢) . أمَّا أحدث الإحصائيات التى ظهرت فى الآونة الأخيرة فتؤكد أن الأفيون يحتل المركز الخامس حيث تقلَّص المعروض منه الذى تم جلبه من الخارج، والذى ينتج محلياً . وقد بلغ حجم المضبوطات خلال عام ٢٠٠١م، ٤٠ كيلو جراماً بتراجع نسبى ٣,٣٣٪[١].

(١) جريدة الأهرام القاهرية، الصادرة بتاريخ ٣٠ يونيه ٢٠٠٢م ، ص ٢٨.

كمية الأفيون المضبوطة بالكليو جرام فى مصر
خلال الفترة من عام ١٩٩٣ حتى عام ١٩٩٩



جدول رقم (٢)

• البابافرين :

من ضمن مركبات الأفيون، لا يؤثر على المخ، ويقتصر تأثيره على إرخاء العضلات اللاإرادية، ويُستعملُ فى علاج حالات الربو ولتوسيع الشُعب الهوائية، وتوسيع الأوعية الدموية[1].

(١) الإدمان ، مرجع سابق، ص٢٠.

● **البَنج :**

البَنج لفظة دخيلة من الفارسية تطلق على ضرب من النبات من فصيلة الباذنجانيات، يُستخدم فى النطاق الطبى مُخدراً[1] وهى عشبة يبلغ ارتفاعها نحو ٣٠-٦٠ سم مُعمرة، جذرها مخروطى كالجذر ، وساقُها لزجة ومكسوة بشعيرات دقيقة لزجة، وكذلك أوراقها الكبيرة والمجنحة والمسننة والسفلى منها، لها ساقٌ متوسطة الطول، والعُليا عديمة الساق، أزهارها نجمية مُخمسة ، لونها أصفر عكر أو بنفسجى فاتح، ومعرقة بخطوط حمراء ومتراصة، أقدامها جرسية الشكل بسوق قصيرة، أثمارها تحتوى بذوراً كلوية الشكل، صغيرة سمراء، وللعشبة رائحة كريهة. والمواد الفعَّالة فيها هى : الهيثو تسوآموسى ، وسكوبول مين وكلاهما من السموم شديدة الخطورة[2].

● **الداتــورة :**

نباتٌ استوائى موطنه الأصلى أمريكا أزهاره على هيئة بوق ، وثماره بها شوك ، ويُستخلصُ منه عقارٌ سليمٌ منومٌ (يشبه البلادونا) ، يحتوى النبات على قلويد الهيوسيامين، يُستخدم فى المجال الطبى فى علاج حالات الصرع والتشنُّجات والصرع.

● **السكران :**

يحتوى على ٦ , - ٤ , ١٪ من مادة الهيوسيامين ، كما يحتوى على قلويدات الأتروبين والهيوسين . يُستخدم من الناحية الطبية كمخدر عام، كما أنَّه مسكن للألم (إذا ألقيت بذوره فوق فحم متقد ينبعث دخان يُسكن الألم).

● **الكودايين :**

يشبه مفعوله مفعول المورفين ويُوجد فى ثمرة الخشاش، ولكن فعاليته تعادل من ربع إلى سدس فعالية المورفين، ولذلك يُعتبر تأثيره فى تسكين الألم أقل من تأثير

---

(١) الأفيون حكاية دواء انتهى إلى وباء ، مرجع سابق، ص ٤٨ .
(٢) المخدرات آفة العصر ، ج٣، مرجع سابق، ص ١٤٨ .

المورفين ، كما يتحوَّل جزء من الكودايين إلى المورفين فى الجسم، وتسبب جرعات الكودايين الكبيرة الهياج العصبى بدلاً من الاسترخاء والنوم، وقابليته لإحداث الاعتماد أقل من المورفين، ويُستخدم طبياً فى علاج السعال والإسهال إلا إذا أسيء استخدامه. وهو يُوجد فى صورة بلورات من مسحوق أبيض أو على هيئة شراب سائل أو محلول (أمبولات)(١).

• المورفين :

يُقال: إنَّه سُمى بالمورفين Morphine نسبةً إلى «مورفيوس»Morpheus إله الأحلام فى الأساطير القديمة. يرجع الفضل لاكتشافه إلى الصيدلانى الألمانى الشاب «سيرتورنر» Serturner الذى تمكَّن فى عام ١٨٠٣م من عزل العنصر الفعال فى الأفيون وهو المورفين. وهو العنصر المسئول عن معظم الآثار الفسيولوچية والسيكولوچية المترتبة على تناول الأفيون بأي صورة من الصور، وقد انتشر استخدام المورفين بعد ذلك لأغراض طبية فى العالم الغربى، وخاصةً فى الولايات المتحدة الأمريكية وساعدت على ذلك بصورة خاصة ظروف الحرب الأهلية التى بدأت فى عام ١٨٦١م ، واستمرت حتى أواخر عام ١٨٦٤م، وذلك لتخفيف الآلام المبرحة الناجمة عن العمليات الجراحية أو الكسور، وكذلك فى المرحلة الأخيرة للأمراض التى لا يُرجى شفاؤها(٢).

وفى عام ١٨٧٠م كانت الإبرة الطبية اللازمة للحق تحت الجلد قد اخترعت، وأدخلت عليها التحسيناتِ التقنية اللازمة بحيث أصبحت أداة شائعة الاستعمال بين الأطباء والمرضى لحقن المورفين.

وتُستخلص قاعدة المورفين من الأفيون باستعمال المواد التى تحتوى على الجير الحى، «أدوركسيد الكالسيوم مع الماء والتسخين وكلوريد الأمونيا ثم جهاز الترشيح،

---

(١) سهير لطفى : الإدمان ، أوهام، أخطار، حقائق، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠٠١م. ص١٥.

(٢) المخدِّرات والمجتمع نظرة تكاملية ، مرجع سابق ، ص ٣٨.

ويمكن استخدامه مباشرةً من الجزء العلوى من ساق نبات الخشاش، وكذلك من ثماره قبل استخراج الأفيون منها. وقاعدة المورفين تتكوّن على شكل مسحوق ناعم الملمس يشبه البن المدقوق دقاً ناعماً. ونسبة المورفين فى قاعدة المورفين تتراوح بين ٦٠٪ إلى ٧٠٪ ، وقد تكون القاعدة على شكل مكعبات متباينة الأوزان، تتراوح ألوانها بين الأسمر والبنى الغامق. كما قد يُوجد المورفين على شكل أملاح مثل: « سلفات المورفين» ، و«كلوريد المورفين» و «ترترات المورفين».

والأملاح الثلاثة ليس لها رائحة . وتتكون على شكل مسحوق أبيض متبلور، كما يمكن أن تكون على شكل أقراص أو تذاب تلك الأملاح فى الماء وتعبأ فى الحقن[1].

أمّا عن آثار المورفين فهى تتلّخص فى الآتى : القىء، وإفراز العرق بغزارة ، وحكة الجلد، وإطالة مدة الولادة، كما أنه يبطىء النبض، ويخفف ضغط الدم، ويستعمل أساساً فى تسكين الألم، وتحضير مرضى العمليات الجراحية، وتخفيف الألم والقلق اللذين يصاحبان جلطة القلب، والصدمة الناتجة عن الجروح الشديدة، وفى علاج ضيق النفس الذى يصاحب بطين القلب الأيسر.

ويقوى المورفين تأثير المسكنات العظمى ومضادات الاكتئاب. وجرعة المورفين المعتادة ١٠ مجم تحت الجلد أو فى العضل أو فى الوريد ويُمتص المورفين بسرعة من مكان الحق، أمّا الأمعاء فيمتص فيها ببطء ، ويستمر تأثيره الجرعة من أربع إلى ست ساعات، ويتم تمثيله وإبطال مفعوله فى الكبد، ثم يفرز فى البول. وقد يؤدى استعمال المورفين فى حالات فشل الكبد ونقص إفراز الغدة الدرقية إلى مضاعفات خطيرة[2].

---

(١) إدمان المخدر رؤية علمية واجتماعية ، مرجع سابق، ص ص ٦٧ ، ٦٨.
(٢) الإدمان ، مظاهره وعلاجه ، مرجع سابق، ص ص ١٦٤ ، ١٦٥.

وتتلَّخص خصائص الاعتماد المورفيني في النقاط الثلاثة الآتية :

١ - اعتمادٌ نفسي حاد يظهر في الرغبة الجامحة للاستمرار في تعاطي المخدر والحصول عليه بأي وسيلة لجلب السعادة، أو لدفع الشعور بالقلق.

٢ - ظهور مبكر للاعتماد الجسمي يزيد بزيادة حجم الجرعة، ويدفعُ الشخص إلى الاستمرار في تعاطي المخدر نفسه.

٣ - ظهور المناعة النسبية ضدَّ تأثير المخدر، وهي تتطلَّب الزيادة المستمرة في حجم الجرعة، للحصول على الآثار الأصلية للفعل الدوائي المخدر.

أما أعراض الانقطاع عن المورفين فهي : تبدأ الأعراض في الظهور بعد مرور ساعات قليلة من تناول الجرعة الأخيرة. المدة اللازمة لبلوغ حدتها من أربع وعشرين إلى ثمان وأربعين ساعة ثم تهدأ تدريجياً، وتزول الأعراض الشديدة عادة في خلال عشرة أيام أمَّا الأعراض الأخرى فتحتاج إلى وقت أطول لزوالها. ويتوقف وقت ظهور أعراض الانقطاع، وفترة بقائها، وزوال أعراضها على درجة الاعتماد ، وعلى الخصائص النوعية للمخدر المستعمل. واستعمال عقار مضاد خلال فترة تعاطي المورفين ومشتقاته يؤدي إلى ظهور أعراض الانقطاع بسرعة وشدة. ولكنها لا تستمر لأكثر من ساعات قليلة.

والملامح التي تتميَّز بها أعراض الانقطاع عن المورفينات هي أنَّها تُحدث تغييرات جوهرية في جميع القطاعات الرئيسة للنشاط العصبي ومنها انحراف السلوك، وتهيُّج قسمي الجهاز العصبي المركزي، وخلو الجهاز العصبي اللامركزي «العضوي» وأعراضه هي: الغيبوبة، انسياب الدموع بكثرة، العرقُ الشديد، رشح الأنف، اتساع حدقة العين، الرَّعشة الشديدة، تحبُّب الجسم بمعنى ظهور حبيبات على الجلد، فقدان الطعام، القلق الشديد، الأرق، الغثيان، القيء، الإسهال ، ارتفاع درجة الحرارة، ارتفاع ضغط الدم نتيجة لانقباض القلب والشرايين، تقلص العضلات وخاصة عضلات البطن، انخفاض نسبة الماء في الجسم، نقصان الوزن(١).

(١) Ball, J.C., Shaffer , J.W. & Nurco, D.N. The day - to - day crim - inality of her =

٢ - مواد نصف تخليقية :

*** الأتورفين :**

من المهبطات أو المخدِّرات النصف تخليقية التى تُشتقُ من الثيابين (اسم أحد مكونات الأفيون) لكنه أقوى بكثير من المورفين، واستعماله خطر للغاية(١).

*** الهيروين :**

الاسمُ العلمى للهيروين هو : «داى استيتايل مورفين» Daicetyl Morphine أو «داى مورفين»، وهو مُخلق جزئياً من المورفين، ويُعتبرُ من المواد المخُدرة أو المثبطة للألم.

كان أول مَنْ حضَّر مادة «الهيروين» من الأفيون هو الدكتور «رايت» Wright من مستشفى سانت مارى فى لندن وذلك عام ١٨٧٤م . وقد تمكَّن الكيميائى «رايت» من استخلاص مادة ثنائى خلين المورفين «داى اسيتايل مورفين» بخلطه بحامض الخليك، ولكنَّ الأوساط العلمية لم تنتبه لهذا الاكتشاف . وفى عام ١٨٩٠ تمكَّن الألمانى «دانك وارت» Dank Wort من أنْ يحصل على ثنائى خلين مورفين بعد تسخين المورفين اللامائى مع كمية كبيرة من كلوريد الاسيتايل، ثم قام بعد ذلك «هنريس دريس» H. Dreser بالعديد من الدراسات الفسيولوچية لهذا العقار ونشر أبحاثه عنه وأسماه «الهيروين» وهى كلمة يونانية مشتقة من البطولة(٢).

وكان من نتائج ذلك أن قامت شركة «بايرا» الألمانية بشراء حق إنتاج هذا المستحضر الجديد وذلك عام ١٩٩٨م، وسرعان ما انتشر استخدام الهيروين كمسكن لجميع الآلام، وأثبت فى هذا الصدد فعاليته عن المورفين، إلاَّ أنه لم يمض سوى فترة قصيرة على طرح الهيروين فى الأسواق حتى اكتشف الأطباء المهتمون بالصناعات الدوائية أنَّه من أكثر العقاقير إحداثاً للاعتماد، ولقد دفع ذلك عدد من الدول إلى عقد

---

oin addicts Baltimore . a Study in the co- ntinuity of offence retes, Drug & Alcohol = Dependen - ce, 1983, 12/2, 199-142.

(١) الإدمان ، أوهام، أهطار، حقائق، مرجع سابق، ص ١٧ .

(٢) Musto , D.F. Opium ; cocaine and morihuana in Americ - an history , scientific Amer . 1991 , Jaly , 20-27.

الاتفاقيات الدولية التى تُحرم صناعته إلا لأغراض محدودة جداً فى علاج مرضى السرطان الميئوس من شفائهم، حيث أنَّه ليس للهيروين أي فوائد طبية تُذكر كما يرى المتخصصون(١).

وهكذا اتضح بما لا يدع مجالاً للشك أن الهيروين أخطر مادةً نفسية تسبب الاعتماد عرفتها البشرية، حيث تكفى حقنتان متتاليتان من الهيروين لتسبب الاعتماد للشخص المتعاطى، فلم تمض فترة بسيطة على تحضيره معملياً حتى تسبب فى تسمم ملايين الأشخاص فى العالم(٢).

والهيروين له قدرة كبيرة على إحداث الاعتماد إذا ما قورن بالمخدرات الأخرى وذلك لفاعليته فى تسكين الألم وإحداثه الشعور بالنشوة، وتبلغ قوته ثلاثة أضعاف قوة المورفين حيث أنَّه يستطيع الوصول إلى أسرع إلى الحاجز الدموى الدماغى، ويعبُر إليه بسهولة فيعمل على قتل الألم مركزياً بنشاط فائقٍ، فضلاً عن تأثيره على المزاج الشخصى والهيروين أكثر سُميَّةٌ بخمس مرات من المورفين(٣).

وأول ما يستخدمه المتعاطى «نشوقاً» يشعرُ بالغثيان والقيء والقلق ثم تزول هذه الأعراض مع تكرار الجرعات، وتنقلب مشاعره إلى نوع من الانشراح والراحة وزوال الخوف والقلق، ويصلُ المتعاطى إلى درجة «الشمق» Fuphoria حيث ينقلب السوادُ فى عينيه بياضاً، والقبح جمالا، والحقيقة خيالاً، وإذا استمر المتعاطى فى تعاطيه فإنَّه يصل إلى درجة التحمل، التى تعنى زيادة الجرعات للوصول إلى حالة «الشمق»، ويصبح همه الوصول إلى هذه الحالة التى اعتاد عليها، الأمر الذى يضطره إلى أخذ المخدر بطرق أسرع تأثيراً : حقناً تحت الجلد، أو حقناً بالوريد، والطريقة الأخيرة هى الأكثر شيوعاً عند المعتمدين.

---

(١) إدمان المخدِّرات رؤية علمية واجتماعية، مرجع سابق، ص ص ٦٨ ، ٦٩.
(٢) انظر : أمين رويحه : التداوى بالأعشابِ ، بيروت : دار الفكر، ١٩٨٦م.
(٣) انظر : محمد محمود الهوارى : المخدِّرات من القلق إلى الاستعباد، كتاب الأمة، قطر، ١٩٨٧م، ص ٤٧.

وعندما يزداد التحمُّل ويحدث الاعتياد الفيزيائى ، أي يصبحُ استعمال المخدر أمراً ضرورياً مُلزماً لدوام الفعاليات الفسيولوچية فإنَّ الحاجة تتطلبُ المزيد من المخدر ضمن المواعيد المخددج، فيصبح المعتمد فى حاجة ملحة للحصول على هذه المادة وأخذها في وقتها المُحدَّد، لذلك يوظف كل طاقاته وإمكاناته لتلبية حاجته تلك، فلما تضيق اليدُّ بالمال اللازم فإنَّه يقبل عندئذ على أي مصدر يمنحه المال، فينحرف الذكور عادة للسرقات، وينتهى المطافُ بالفتيات فيمتهن الدعارة!!.

★ أنـــوع الهيروين :

يقومُ تجارُ المخدَّرات باستخراج الهيروين من قاعدة المورفين بطرق كيماوية مختلفة، ويؤدى ذلك إلى وجود أنواع متباينة من الهيروين، ومن أهم هذه الأنواع ما يلى :

* الهيروين الأحمر وينتج بطريقة لا تتضمن تنقيته من الشوائب ويتكون من قطع صلبة كبيرة يغلبُ عليها رائحة الخل القوية الذى استخدم فى تحضيره.

* الهيروين رقم (٢) وهو قاعدة الهيروين الجافة لأن المادة تكون صلبة ويمكن تحويلها إلى مسحوق بتفتيتها بين الأصابع ويتراوح لونها بين البنى والرمادى الشاحب.

* الهيروين رقم (٣) يوجد على شكل حبيبات وقد يدقُ على شكل مسحوق تتراوح ألوانه بين البنى الفاتح والغامق. والكافيين هو المخُفف الرئيسى الذى يُضاف إلى قاعدة الهيروين، وتتراوح درجة الهيروين بين ٢٥٪ إلى ٤٥٪ من داى اسيتايل المورفين، وقد يُخلط المسحوق بمواد أخرى مثل : الكينين ، ويطلقُ على هذا النوع من الهيروين أسماء «عامية» مثل حجارة هونج كونج.

* الهيروين رقم (٤) مسحوق «دقيق» ، أبيض ، منقى بدرجة كبيرة ، لا يحتوى عادةً إلا على القليل من الشوائب عند بيعه لتجار المخدَّرات ، ولكنه غالباً ما يُخفف بدرجة كبير بإضافة مواد مثل : اللاكتوز وذلك عند بيعه للمعتمدين(١).

---

(١) إدمان المخدِّرات رؤية علمية واجتماعية ، مرجع سابق، ص ص ٦٩، ٧٠.

وبصفة عامة يقوم أغلب تجار المخدِّرات بخلط الهيروين بمواد كثيرة مثل السكر والكينين، كما تم اكتشاف إضافة مسحوق جماجم بشرية للهيروين في مصر، بالإضافة إلى مادة «سيانور البوتاسيوم» شديدة السُمية والتى تسببت فى العديد من حالات الوفاة. وتعتبر مشكلة غش الهيروين ذات خطورة صحية كبيرة حيث أنَّ هذه المواد غير مُعقمة، وبعضها سام جداً.

• طرق تعاطى الهيروين:

هناك طرقٌ مختلفة لتعاطى الهيروين، ويعتبر الحقن الطريقة الأكثر شيوعاً سواء تحت الجلد أو فى الوريد، إلاَّ أن المتعاطين يفضلون الحقن فى الوريد لأنَّه يُحدِّثُ نشوةً، وإحساساً سريعاً بالسعادة بمجرَّد دخول الهيروين نظراً لاختراقه الحاجز الدماغى بسرعة كبيرة وعندما تتلف الأوردة أو تُسدُ بحيث تكون غير صالحة للاستعمال فقد يتم الحَقن فى أوردة الساقين أو وريد الفخذ «الأربية» ويكون ذلك شاهداً على طول فترة التعاطى، وبصفة عامة يسببُ الحقن أضراراً كبيرةً خاصة إذا كان الهيروين يحتوى على شوائب كثيرة ومواد سامة، أو كانت طريقة الحقن غير سليمة، وغالباً ما تصاب تلك المناطق بالخراريج والعدوى.

وقد يؤخذ الهيروين عن طريق البلع حيث غالباً ما يكون مجهزاً على هيئة أقراص صغيرة إلاَّ أن هذه الطريقة غير مفضلة للمتعاطين، كما أن هناك طريقة الشم حيث يكون الهيروين على هيئة مسحوق يستنشقه المتعاطى عن طريق الأنف، وذلك بوضع هذا المسحوق على سطح أملس مثل قطعة زجاجية، ثم يُقسمُ المسحوق على شكل صفوف يَطلق عليها المعتمدون «أسطراً» ثم يقوم المتعاطى باستنشاقه بواسطة أنبوبة أسطوانية الشكل أو بواسطة عمُله ورقية جديدة ملفوفة ويقوم باستنشاق السطر تلو السطر.

وهناك طريقة الاستنشاق وتتمُ بأسلوبين، الأسلوب الأول ويسمى بلغة المعتمدين: «اطلاق المدفع المضاد للطائرات» ويتم ذلك بوضع طرف سيجارة مُشتعل فى مسحوق الهيروين، ثم تدخن السيجارة وطرفها مرفوع إلى أعلى فى وضع يشبه المدفع المضاد للطائرات.

والأسلوب الثانى أكثر تعقيداً ويسمى «مطاردة التنين» حيث يُمزجُ الهيروين بأجزاء صغيرة من الباربيتورات ويوضع على شريحةٍ من الصفيح ويُسخن المزيج بلطف ثم يُطارد المعتمد البخار ويستنشقه وهذا الأسلوب منتشر فى الشرق الأوسط الأقصى ، ويُعتبر التدخين أيضاً أحد طرق تعاطى الهيروين فلقد كانت هذه الطريقة منتشرة بين الجنود الأمريكيين فى فيتنام حيث أن المخدر متاح ورخيص وكان يوضع فى السجائر أو يخلط بالماريجوانا ثم يُدخن(١).

*** فئات المتعاطين :**

يُلاحظ أنَّ نسبة الشباب التى تقع فى الفئة العُمرية من ٢٠ إلى ٤٠ سنة تمثل نسبة كبيرة وخطيرة فى الإقبال على تعاطى الهيروين فى المنطقة العربية، وهذه النتيجة التى توصل إليها الدكتور «ناجى محمَّد هلال» تتفق مع ما أسفرت عنه دراسة «بول» على مجموعة من معتمدى الهيروين والتى كشفت عن أنَّ أغلب معتمدى هذا المخدر من الشباب، كما تتقارب هذه النتيجة أيضاً مع دراسة أُجريت بالمعهد القومى لإدمان المخدرات بولاية «نورث كارولينا» على مجموعة من معتمدى المخدرات الراشدين والتى كشفت عن أن أغلب معتمدى الهيروين يقعون الفئة العُمْرية من ٢٦ إلى ٣٤ سنة(٢).

كما أن الاحصائيات تشيرُ أيضاً إلى أن نسبة تتراوح من ٥٪ إلى ١٠٪ من المراهقين فى الولايات المتحدة قد أصبحوا ضحية للهروين، وأصبح الاعتماد عليه أحد أسباب الوفاة فى الشباب والمراهقة الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥-٣٥ سنة(٣).

والواقعُ فإنَّ انخفاض السن يعكسُ دلالات هامة تتعلَّق بمدى تدهور المؤسسات التربوية والأوضاع الأسرية وكذلك نسق القيم السائد.

---

(١) المرجع السابق ، ص ص ٧١ ، ٧٢.
(٢) نفسه ، ص ص ١٤١، ١٤٢.
(٣) الأفيون حكاية دواء انتهى إلى وباء، مرجع سابق، ص ٤٧.

* **مناطق إنتاج الهيروين :**

نظراً لأنَّ الهيروين أحدُ مشتقات الأفيون فيتمُ استخلاصه فى معامل ومختبرات سرية. وهذا يرتبطُ بالإنتاج غير المشروع لذلك المخدر. ولقد كان فى بداية الأمر إنتاج الهيروين محصوراً فى أوروبا وأمريكا، حيث تستورد هذه الدول المواد الخام، ثم تقوم بتصنيعها وتعيدُ تصدير جزءً كبيراً منها إلى العالم الثالث، ولكن بعد أن ازدادت الحملاتُ تصعيداً ضد تجارة الهيروين فى الولايات المتحدة وأوربا. رأى المسئولون من تجار المخدَّرات أنَّه من الأنسب لهم أن ييسروا عملية تصنيع الهيروين محلياً أي فى مناطق إنتاج الأفيون الذى يُخلَّق منه الهيروين.

وبصفةٍ عامةٍ يمكن تقسيم مناطق إنتاج الهيروين إلى:

١ - إقليم الهلال الذهبى : إيران وافغانستان وباكستان وتركيا، ويقدر الإنتاج السنوى لهذه الدول بنحو ٦٠٪ من الإنتاج العالمى حسب تقدير إدارة مكافحة المخدرات الأمريكية عام ١٩٨٢م.

٢ - أقليم المثلث الذهبى : ويشمل دول : تايلاند ولاوس وبورما، ويقدرُ إنتاجها بنحو ١٥٪ من إنتاج العالم.

٣ - المكسيك : من الدول حديثة العهد بزراعة وإنتاج الأفيون والهيروين، ووصل معدلُ إنتاجها نحو ٢٥٪ من إنتاج العالم تقريباً، ومن هذه المناطق يتسربُ الهيروين إلى مناطق العالم المختلفة حيث أنَّ طرق تهريبه متعدِّدة ولا يمكن حصرها وتستخدمُ عصاباتُ التهريب أساليب جديدة ومبتكرة[(١)].

* **حجم وانتشار تعاطى الهيروين فى العالم :**

تُعتبر الولايات المتحدة الأمريكية أول دولة ظهرت فيها مشكلة تُعاطى الهيروين بصورةٍ خطيرةٍ لأول مرَّة وذلك فى عامى ١٩١٣م ، ١٩١٤م من القرن المنصرم،

(١) coid J. Alcoholism and vidlence Drug & Alcohol Dependence, 1982. P.13.

وخاصة فى مدينة نيويورك، حيث تبيَّن من التقديرات أن ٩٨٪ من المعتمدين يتعاطون الهيروين.

ولقد دفع ذلك السلطات الأمريكية إلى منع إنتاجه واستيراده واستعماله عام ١٩٢٥م كما شدّدت أيضاً على تجريم الهيروين فى قانون التحكم فى المخدرات عام ١٩٥٦م، ووضعت سياسة تتعلق بالأحكام المشددة بصدد هؤلاء المتهمين بحيازته أو تناوله.

إلاَّ أنَّه على الرغم من هذه الإجراءات المشددة فإنَّ عدد متعاطى الهيروين استمر فى الصعود والتزايد عبر العقود التالية، ففى عام ١٩٦٠م بدأ انتشار تعاطى الهيروين بصورة وبائية خاصة بين البيض ثم امتد بعد ذلك إلي الطبقات المتوسطة والفقيرة والأقليات المختلفة[١].

وقد قدر كل من «هنط» و«تشامبرز» فى عام ١٩٧٤م ثلاثة أو أربعة ملايين من بين مواطنى الولايات المتحدة الأمريكية تعاطوا الهيروين بالرغم من أن ١٠٪ منهم فقط كانوا متعلقين به[٢].

وفى هذا الصدد تشيرُ نتائج بحثٍ مسحى أجراه معهد «نيدا» فى عام ١٩٨٨م أن ١,٩ مليون فى أمريكا قد جربوا تعاطى الهيروين، وأن أكثر المتعاطين كانوا من الذكور السود، ولعل أيضاً ما يعكس حجم وخطورة انتشار تعاطى الهيروين فى الولايات المتحدة الأمريكية ما كشفت عنه التقارير الصادرة من هيئة Down والتى أوضحت أن أعداد ونزلاء غرف الطوارئ فى مستشفيات المدن بأمريكا قد تضاعفت خمس مرات فى الفترة من عام ١٩٨٤م إلى عام ١٩٨٨م من القرن المنصرم، ومعظم هذه الحالات بسبب تعاطى الهيروين، وفى نفس الوقت شكَّلت حالات الوفاة الناجمة عن تعاطيه ٣٧٪.[٣]

(١) إدمان المخدَّرات رؤية علمية واجتماعية، مرجع سابق، ص ٧٤.
(٢) روى روبرتسون: الهيروين والإيدز وأثرهما على المجتمع، ترجمة: يوسف ميخائيل أسعد، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٨٩م، الألف كتاب الثانى، عدد ٧٨، ص٦٤.
(٣) إدمان المخدَّرات رؤية علمية واجتماعية، مرجع سابق، ص ٧٥.

وتأتى بعد ذلك الصين حيث أصبحت مركزاً هاماً لإنتاج الهيروين، وانتشر فيها تعاطيه بشكل وبائى، وذلك بسبب رُخص أسعاره، وقوة تأثيره مقارنة بالأفيون، بالإضافة إلى ذلك أنَّ تدخين الأفيون كان مُحرَّماً ، بينما كان تعاطى الهيروين مباحاً، وكان الهيروين يُباع على شكل أقراص سهلة التناول، كما كان يُخلط بالتبغ فى السجائر.

ويعزى البعضُ انتشار الهيروين فى كثير من دول العالم إلى الجيوش اليابانية التى كانت تشجع صناعة وتجارة الهيروين فى الأقاليم التى تحتلها قبل وأثناء الحرب العالمية الثانية، وتأكد ذلك بعد الحرب عندما اكتشف الحلفاءُ مصانع كبيرة للهيروين.

وفى سنغافورة يُقدر عدد مسيئوا استعمال الهيروين عام ١٩٨٨م بنحو تسعة آلاف فرد، وفى سرى لانكا وفى نفس العام قُدر عدد المتعاطين للهيروين بحوالى خمسة وثلاثين ألف شخص داخل الفئة العُمْرية من ١٥ إلى ٣٥ عام . فى حين بلغ عدد متعاطى الهيروين فى تايلاند نصف مليون فرد. والمشكلة فى باكستان مماثلة إذ يوجد فيها ٤٥٠ ألف معتمد على الهيروين. وفى هونج كونج هناك أربعون ألف متعاطٍ ، بينما تشير الإحصاءات فى الهند إلى أن هناك أكثر من نصف مليون متعاطٍ للهيروين.

وأمَّا فى أوروبا فتشير البياناتُ والإحصاءات المتاحة أن ظاهرة انتشار تعاطى الهيروين لا تقل خطورة عمَّا هو سائد فى الولايات المتحدة الأمريكية وشرق آسيا، ففى المملكة المتحدة عام ١٩٨٤م سجلت النشرة الإحصائية لوزارة الداخلية ٧٤١٠ متعاطياً للهيروين، إلاَّ أنَّ هناك مصادر أخرى تشير إلى زيادة هذا الرقم إلى حدٍ بعيدٍ، حيث قدرت عدد المتعاطين للهيروين عام ١٩٨٦م إلى مائة ألف متعاطى(١).

وفى هولندا قُدر عدد متعاطى الهيروين عام ١٩٨٩م يومياً بما يتراوح ما بين خمسة آلاف إلى عشرين ألف شخص ، وبلغ انتشار التعاطى أقصاه بين أفراد الفئة

(١) الهيروين والإيدز وأثرهما على المجتمع، مرجع سابق، ص ص ٦٤ ، ٦٥.

العُمْرية من ٢٥ إلى ٣٥ سنة، وكان ٢٥٪ من المتعاطين من النساء، وكثيراً ما يُقترن تعاطى الهيروين بتعاطى الميثادون أو الكوكايين أوالمواد الكحولية.

بينما فى سويسرا بلغ عددُ المتعاطين للهيروين نحو ١٧٩٠٠ ألف على أساس يومى فى عام ١٩٨٩م ، وفى إيطاليا أخذ تعاطى الهيروين بالحق فى الزيادة ، وقُدر عدد المتعاطين خلال عام ١٩٨٩م ما بين مائة ألف إلي مائتى ألف شخص يومياً، ولقد كان تعاطى الهيروين يتركز فى الفئة العُمرية من ٢٥ إلى ٣٥ سنة، وكان ١٢٪ من المتعاطين من النساء، كما تسبب تعاطيه بجرعات مُفرطة فى وفاة ٩٦٥ شخص. كما دلت دراسة «استقصائية» بالعينة أجريت فى استراليا عام ١٩٨٨م أنَّ النسبة المقدرة لتعاطى الهيروين هناك تبلغ ٠٤ ,١٪ من السكان الذين يبلغون من العُمّر أكثر من أربعة عشر عاماً[١].

وفيما يتعلَّقُ بالدول العربية فلقد كانت الحروب الأهلية فى لبنان سبباً رئيساً فى انتشار تعاطى المواد النفسية المخدرة وخاصَّةً الهيروين بين الشباب، فقبل نشوب الحرب لم تكنْ لبنان دولة مستهلكة للمواد النفسية المخدرة، بل كانت دولة منتجة لها ومركزاً لعقد الصفقات وتهريبها إلى دول المنطقة، ولكن بعد حدوث الحرب انتشر تعاطى الهيروين بصورة وبائية بين طلبة الجامعة والمدارس الثانوية[٢].

وأمَّا فى دول الخليج فلم تكن ثَّمة شكوى فى المنطقة من ظاهرة تعاطى المواد النفسيَّة المخدرة حتى أوائل الستينيات ، لكن مع ظهور البترول، واستقدام العمالة من جميع دول العالم، فضلاً عن إمكانية سفر أبناء هذه المنطقة إلى الخارج نتيجة للطفرة المالية التى شهدتها، وجد الهيروين سوقاً رائجاً له فى تلك المنطقة .. وعلى الرغم من عدم توافر بيانات دقيقة عن تعاطى المواد النفسيَّة المخدرة وبالأخص الهيروين فى هذه المنطقة إلاَّ أنَّ المعلومات المتاحة أوضحت أن الأيدى الخفية التى تتحكم فى تجارة

(١) إدمان المخدرات رؤية علمية واجتماعية ، مرجع سابق، ص ص ٧٥ ، ٧٦.
(٢) صلاح عبدالمتعال : التغير الاجتماعى والجريمة فى المجتمعات العربية ، القاهرة : مكتبة وهبة ، ١٩٨٨م، ص١٧٥.

المواد النفسيَّة المخدرة - خاصة اليهود - رأت أن تتوسع فُى مجال تجارتها فى هذه المنطقة. ومن أهم العوامل التى ساعدت على ذلك وفرةُ المال، وفى هذا الصدد يذكر مدير مركز أبحاث الجريمة فى المملكة العبرية السعودية أن الهيروين من أكثر أنواع المواد النفسية المحدثة للاعتماد انتشاراً فى المملكة إلى جانب الحشيش(١).

أمَّا مصر فلقد كانت ثانى أكبر دولة ظهر فيها الاعتماد الهيروينى بصورة وبائية بعد الولايات المتحدة الأمريكية، ففى عام ١٩٢٨م من القرن المنصرم بلغ عدد متعاطى الهيروين بشكل اعتمادى نصف مليون شخص، من بين أربعة عشر مليوناً هو عدد السكان آنذاك، ولقد أدى انتشار الهيروين إلى وفاة الآلاف نظراً لعدم تعقيم الحقن، وحدوث الانتانات المُتعددة ، إلاَّ أن مصر استطاعت من خلال اتخاذها العديد من الاجراءات المشددة القضاء على انتشار الهيروين حيث اختفى تماماً لفترة طويلة(٢).

إلاَّ أنه عاد للظهور مع نهاية حقبة السبعينيات ومطلع الثمانينيات من القرن المنصرم مصاحباً لسياسةالانفتاح الاقتصادى، ولعل من أهم المؤشرات التى تعكس انتشار الهيروين فى مصر فى الفترة الأخيرة بصورة كبيرة زيادة الكميات المضبوطة من هذا المخدر، وكذلك فى عدد قضاياه، فلقد كشف تقرير الإدارة العامة لمكافحة المخدرات بوزارة الداخلية المصرية الصادرة عام ١٩٩٠م أنَّ نسبة الزيادة فى الكميات المضبوطة من المخدر ارتفعت من عام ١٩٩٠ إلى عام ١٩٩١ بنسبة ٢٧,٣٧٪ . وجاء أيضاً أنَّ عدد قضايا الهيروين عام ١٩٩٠ بلغت ٨٦٢ قضية، وفى نفس الوقت بلغت عدد القضايا عام ١٩٩١م حوالى ١٠١٣ قضية، بينما بلغ عدد المتهمين عام ١٩٩٠م (٩٩١) متهماً، أمَّا عام ١٩٩١م فقد كان عدد المتهمين (١١٨٧) متهماً.

---

(١) محمد المرزوقى وآخرون : إدمان المخدِّرات فى المجتمع العربى السعودى، البحث الميدانى الثانى، القاهرة: المجلس الدولى لشئون الكحول والإدمان، ١٩٩٣م، ص١١.

(٢) محمد شكرى عبود : تفاقم مشكلة المخدِّرات فى مصر، مجلة منبر الشرق، القاهرة: المركز العربى للدراسات، ١٩٩٤م، العدد : ١٤، ص١٢٢.

وهذا يعنى زيادة عدد القضايا من عام ١٩٩٠م بمقدار ١٥١ قضية، ممَّا يشير إلى زيادة إقبال الشعب المصرى وخاصَّة الشباب على تعاطى الهيروين بشكل مثير[1].

وعن آخر الإحصاءات فى هذا الشأن فإن الهيروين حسب بيانات عام ٢٠٠٢م يحتل المركز الثالث بالنسبة لسائر المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد من مخدَّرات ومنبهات ومهلوسات، وبهذا المركز فإنه لم تحدث تغيرات ملحوظة من انتشاره بسوق الاتجاه غير المشروع خلال عام ٢٠٠١م حيث بلغ إجمالى المضبوط منه ٣٨ كيلو جراما بزيادة نسبية طفيفة عن عام ٢٠٠٠م والتى تقدر بنحو ٣٪ ورغم ذلك فإن هذا المعدل فى الضبط قد ظلَّ أقل من المتوسط خلال الثمانينات والنصف الأول من التسعينيات من القرن المنصرم[2].

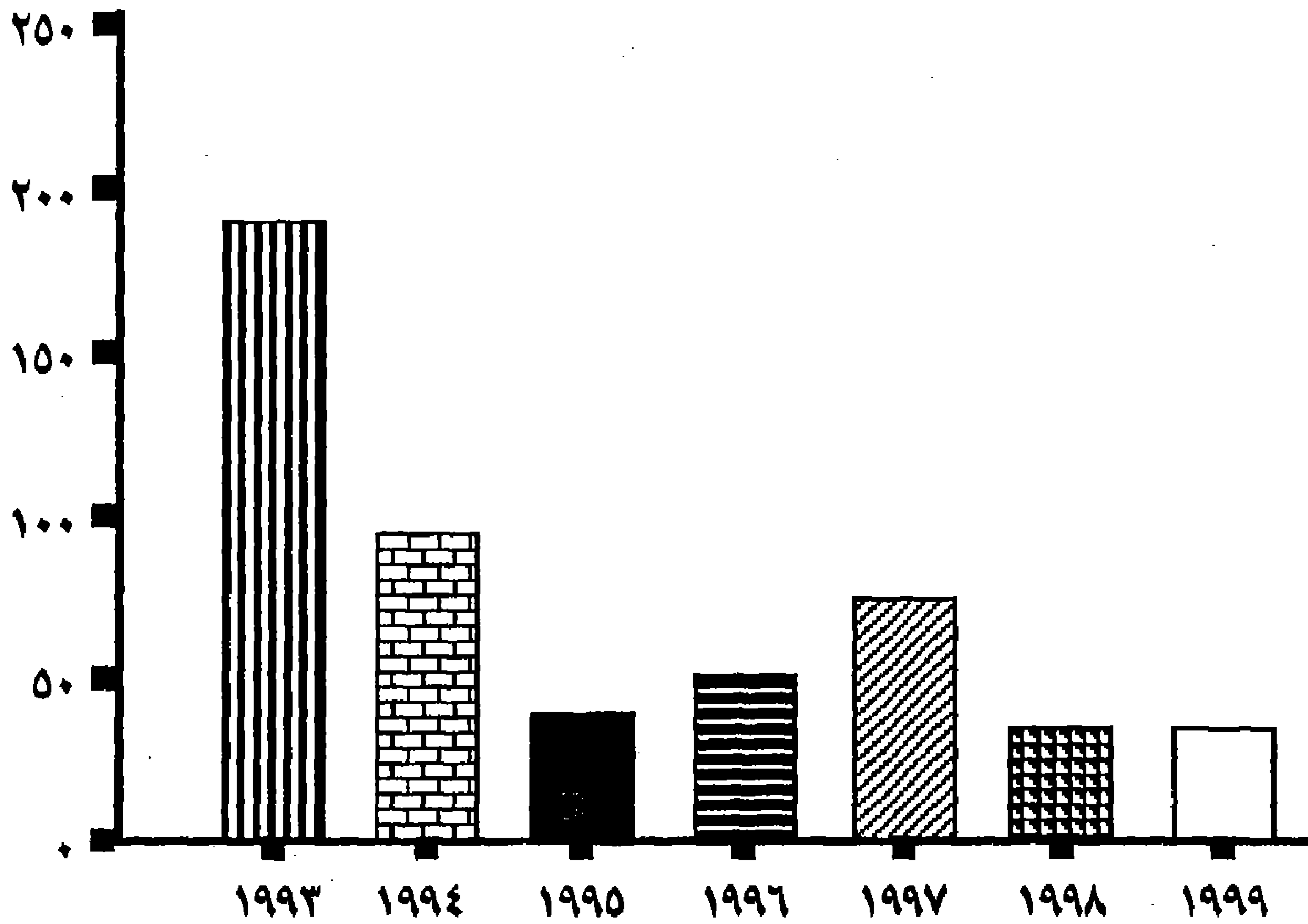
وجدول رقم (٣) يوضح كميات الهيروين المضبوطة من عام ١٩٩٣م حتى عام ١٩٩٩.

(١) فريال الشهاوى: ظاهرة انتشار الإدمان فى المجتمع المصرى، ودور الإذاعة والتليفزيون فى التصدى لهذه الظاهرة، مجلة الفن الإذاعى، القاهرة : معهد الإذاعة والتليفزيون ١٩٩٧م. العدد : ١٤٨، ص ٨٤ (بتصرف).

(٢) جريدة الأهرام القاهرية الصادرة فى ٣٠ يونيه ٢٠٠٢ ، ص ٢٨.

كمية الهيروين المضبوطة بالكيلو جرام فى مصر

خلال الفترة من عام ١٩٩٣م حتى عام ١٩٩٩م



جدول رقم (٣)

• الهيدرومورفين :

هو أيضاً من المهبطات نصف التخليقية من المورفين، لكنها أقوى منه أربع مرَّات ولذا فإن تعاطيه أصبح منتشراً[1].

(١) الإدمان أوهام ، أخطار، حقائق، مرجع سابق، ص ١٧ .

٣ - مواد تخليقية :

أ - بديلات المورفين :

هى لا تماثله فى التركيب الكيميائى إلاَّ أنَّها تماثله فى التأثير ، وبعضها يتعاطى إمَّا عن طريق الفم على هيئة أقراص أو بالحقن مثل : « البيتيدين» أو «الديميرول» وبعضها يستخدمُ فى حالات علاج الاعتماد ولكنه أسُيىء استخدامه مثل :« الميثادين» و«النالوكسون»، وبعضها من مسكنات الآلام التى أيضاً أُسيىء استخدامها مثل: «السوسيجون» و«البرولوكسفين» .

الباتيدين :

وهذا المخدر تم تركيبه كيميائياً كقاتلٍ للألم ، ويتمتع بالكثير من خصائص المورفين بالرغم من أنَّه لا يشترك معه فى التركيب الكيميائى، والمُرجح أنَّه أقل تأثيراً فى إحداث الآثار الجانبية البسيطة مثل: الإمساك،وكتم الكحة ، وتضييق حدقة العين. ولكن إذا ما أعطى بجرعات مساوية يكون له نفس التأثير فى تسكين الألم، والإحساس بالنشاط، وتقليل الميل للتقيوء ، وهبوط التنفس(١) .

البنتازوسين والسوسيجون :

مركب مصنع يشبه المورفين ولكنه يعاكس مفعوله فى الجسم فى نفس الوقت فإذا استعمل متعاطى مورفين أو هيروين هذا المركب فقد يشعر بأعراض الامتناع. ويسكن المركبُ الألـم مثل المورفين ، ويوجد على شكل أقراص وحقن، واستعمالاته الطبية مثل المورفين وقدرته على إحداث الاعتماد أقل(٢) .

البوبرينورفين :

أحد المخدَّرات المهبطة للألم، وقد أُدخل فى السبعينيات من القرن المنصرم بالمملكة المتحدة وصار متاحاً للوصف الطبى العام. وأصبح يؤخذ عن طريق الفم منذ

---

(١) الهيروين والإيدز وأثرهما على المجتمع، مرجع سابق، ص ٤٧ .
(٢) الإدمان مظاهره وعلاجه، مرجع سابق، ص ١٦٦ .

أوائل ثمانينات القرن الماضى. وهو يذوب تحت اللسان، وهو له مدة فاعلية أطول من المورفين. ويعتقد أنَّه لا يؤدى إلى الاعتماد.

وحيث أنَّ تأثيره لا يكون قوياً إلاَّ إذا وضع تحت اللسان أو بالحقن فإنَّ الجرعة لا تعتبرُ كبيرةً إلاَّ نادراً. . وذكرت التقارير أنَّه أقلُ خطراً من المخدرات الأخرى. بيد أنَّه بعد أن صار متاحاً بسنوات قليلة فى إنجلترا صار من المخدَّرات التى يُساء استعمالها من جانب أولئك الذين يعمدون إلى تناوله بطرق غير سلمية. فمتعاطى المخدرات قد يتعاطاه عن طريق الفم حتى يُقلل من اضطراره للجوء إلى المخدَّرات الممنوعة، أو يحقن نفسه بالسائل فى الوريد لكى يحس بالارتياح المزعوم(١).

البيثيدين :

من مسكنات الألم المصنَّعة. وقدرته على تسكين الألم أقلُ من المورفين، كما أنَّه لا يسبب التعاس ولا يسبب الإمساك مثل المورفين، ويُستخدم فى تسكين الألم، وفى التحضير للعمليات الجراحية على شكل أقراص أو حقن. ويُسببُ استعماله المنتظم الاعتماد(٢).

الدكستروبروبوكسفين :

يُستعملُ مع الباراسيتامول أو الإسبرين، أو يُستعمل وحده. ويباع هذا المخدر تحت العديد من الاسماء: دولوكسين ، دارفون، ودولين، دستالجيسك، كوبروكسامول.

وهو يُسبب آثاراً شبه مخدرة. ذلك أنَّ عدداً قليلاً نسبياً من أقراصه يمكن أن تحدث هبوطاً فى التنفس والوفاة. وإذا ما أخُذ مع غيره من المخدرات مثل: الكحول أو المهدئات أو الباراسيتامول فإن احتمال التسمم والوفاة يكون قائماً.

---

(١) الهيروين والإيدز وأثرهما على المجتمع ، مرجع سابق، ص ١٣٤ (بتصرف).
(٢) الإدمان مظاهره وعلاجه ، مرجع سابق، ص ١٦٥ .

وهذا المخدر مسؤول عن نسبة مئوية كبيرة من حالات الوفاة الناجمة عن الزيادة فى الجرعات سواء عرضاً أم قصداً . وذلك بسبب خطره الشديد عندما يؤخذ مع المخدرات الأخرى(١).

الديهيدروكودين:

مستحضر ينتمى إلى المورفين ، ولكن بقدرة أقل عمقاً منه، والواقع فإن هذا المستحضر يستعمل بطريقة مفيدة بفضل أثره فى تخفيف الألم، وكما هو الحال بالنسبة للمسكنات الأخرى فإنَّ لها تأثيراً مهدئاً فى الجهاز العصبى المركزى، ولكن بالرغم من أنَّه لا يوجد خطر إذا ما استعملت وحدها وبجرعات مضبوطة فإنَّها يمكن أن تكون قاتلة إذا ما أُخذت بكميات كبيرة، أو إذا أُخذت مع غيرها من المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد(٢).

الكودين:

لهذا المسكن آثاراً فَعالةٌ كقاتل للألم، كما يُعتبر مهدئ للسعال والتنفس. ويعتمد تأثيره إلى حد بعيد على الجرعة المأخوذة منه، ويُقال أن أثاره الجانبية أقل من الأثار الجانبية لمعظم المسكنات القوية. أمَّا من حيثُ استعماله بطريقة منحرفة فإنَّ خطره الرئيسى يكمن فى قدرته على أن يرتبط أو يستعمل مع مواد نفسيَّة أخرى تؤخذ فيحدث بالتالى هبوط حاد فى التنفس(٣).

الميثادون:

وهو مخدر آخر مُركَّب كيميائياً ، تم تركيبه خلال الحرب العالمية الثانية فى ألمانيا وسُمى فى البداية «أدولفين» على اسم الزعيم النازى الألمانى «أدولف هتلر»(٤)، وهو

---

(١) الهيروين والإيدز أثرهما على المجتمع ، مرجع سابق، ص ص ٥٠ ، ٥١ (بتصرف).
(٢) المرجع السابق، ص ١٤٣ (بتصرف).
(٣) نفسه ، ص ٥٠ (بتصرف).
(٤) ولد أدولف هتلر فى عام ١٨٨٩م، فى مدينة «برادناو» بالنمسا . أسس الحزب النازى . أصبح مستشاراً لألمانيا فى عام ١٩٣٣م . كان سبباً رئيساً فى اندلاع الحرب العالمية الثانية حيث اجتاح بجيوشه دول أوروبا من عام ١٩٤٠م حتى عام ١٩٤٥م . تسبب «هتلر» فى مقتل ٣٥ مليوناً من البشر. انهزمت ألمانيا النازية فى نهاية المطاف فانتحر «هتلر» فى ٣٠ أبريل عام ١٩٤٥ . بعدها بأسبوع استسلمت ألمانيا.
انظر : مايكل هارت : الخالدون مائة ، ط٣ ، ترجمة : أنيس منصور ، القاهرة : المكتب المصرى الحديث ، ١٩٨٣م، ص ص ١٤٧ - ١٥٣.

له خواصٌ مشابهةٌ للمورفين أو الهيروين فى ضوء قوة خصائصه المسكنة للألم، ولكنه أكثر فاعلية من هذين المخدرين إذا ما أخُذ بطريق الفم وله مفعول أطول. والميتادون فعَّال فى العادة فيما بين ٨ إلى ١٢ ساعة ، وهو مخدر فعَّال فى السعال (الكحة) كما يُستخدم للتخفيف من الألم فى حالة المرض الخبيث (السرطان).

ومن مميزاته الهامة بدء فاعليته ببطء نسبياً لدى تعاطيه عن طريق الفم ، والبطء نسبياً فى تعود الجسم على تعاطيه الأمر الذى يحمل على استعماله فى معالجة الاعتماد على المسكنات فامتداد مفعوله يسمحُ للمتعاطى بالحصول على تحسن فى التحكم فى أسلوب حياته إلى حدٍ بعيدٍ، وذلك عندما يستعمله متعاطى الهيروين تحت إشراف طبى[1].

ب- المنومات :

هى مواد «كيماوية» مصنعة تسبب الهدوء والسكينة والنعاس، وهى التى تُستخدم طبياً لتخفيف حالات الأرق، ولكن أسيىء استخدامها فأصبحت تتعاطى بحيث تُسبب حالات من الاعتماد.

ويمكننا تقسيم المنومات إلى قسمين رئيسين :

* القسم الأول : منومات مشتقة من حامض الباربيتوريك.

* القسم الثانى : منومات غير مشتقة من حامض الباربيتوريك.

وعلى الصفحات التالية سوف نتناول بالتحليل كل من القسمين.

(١) الهيروين والإيدز وأثرهما على المجتمع ، مرجع سابق، ص ٤٩ (بتصرف).

١ - منومات مشتقة من حامض الباربيتوريك :

* الباربيتورات BARBLYURATRS *

تندرج هذه المجموعةُ من المواد النفسية تحت فئة «المخمدات المنوِّمة» Hypmosedutives علماً بأن الفرق بين المادة المنومة والمادة المخمدة هو مُجرَّدُ فرق فى الدرجة. . وتُعتبَّر الباربيتورات وهى أملاح حامض الباربيتوريك Barbituric Acid أقدم مفردات هذه الفئة وأكثرها انتشاراً. وقد أُكتُشِفتْ فى عام ١٨٦٢م.

واكتشفها الكيميائى الألمانى «أدولف باير»[1]، ويُقال أنه أطلق عليها هذا الاسم لأنَّ هذا الاكتشاف وقع له فى عيد القديسة «باربرا» Saint Barbara, Sday الموافق ٤ من ديسمبر ١٨٦٢م . وأول من عُزل من هذه الأملاح هو «الباربيتون» Barbiton المعروف باسم «فيرونال» Veronal . ودخل الاستعمال الإكلينيكى فى عام ١٩٠٣م على يد «فون ميرنج» Von Mering «وفيشر» Fischer . وبعد تسع سنوات تم تكوين «الفينوباربيتون» Phenobarbitone المعروف باسم «لومينال» Luminal. ثم تبعه «الأميلوباربيتون» Anylobarbitone المعرف باسم «الأميتال» Amytal عام ١٩٢٣م، ثم توالى بعد ذلك التكوين المعملى لمئات من هذه الباربيتورات ومن أشهرها : « الكوينااليا ربيتون» Quina llarbitone ، المعروف باسم «سيكونال» عام ١٩٣٠م ، ثم «الثيوبنتون» Thiopentone المعروف باسم «بنتوثال» Pentithal عام ١٩٣٥م.

---

(١) أدولف باير A.Bayer جاء اسمه فى بعض المراجع على أنَّه : «ألفرد باير» ، وجاء في البعض الآخر على أنَّه : « أدولف فون باير» مما يثير اللَّبس . وقد تبين لى بالعودة إلى الموسوعات العلمية المتخصصة على أنَّ اسمه الحقيقى هو :« يوهان فريدريك ويلهام أدولف باير» ، المولد فى ٣١ من أكتوبر عام ١٩٣٥م ببرلين، والذى توفى فى ٢٠ من أغسطس عام ١٩١٨م. وقد نال جائزة نوبل فى العلوم عام ١٩٠٥م.
انظر : يوسف أبو فاضل : موسوعة علماء الكيمياء ، ط ١، بيروت : جروس برس ومؤسسة مصرى للتوزيع، ١٩٨٨ ، ص ص ٣٩ - ٤٣.

وقد استمر نشاط العلماء الباحثين طلباً لمركبات تتباينُ خصائصها التخديرية، وتوصلوا من ذلك إلى تركيب باربيتورات بطيئة البدء فى التأثير، لكن تأثيرها يمكثُ مدةً طويلة، وأخرى قصيرة جداً فى مدى استمرار تأثيرها، وثالثة متوسطة فى مدى التأثير إذا يمكث من ثلاث إلى ست ساعات وهكذا(١).

وتنقسم الباربيتورات من حيث مفعولها إلى مركبات تأثيرها قصير للغاية مثل: «الثيوبنتون» «البنتوثال» فيستمر مفعولها بين ساعتين إلى ست ساعات مثل: «السيكونال» و« النمبيونال» Nembutal . ومركب متوسط المفعول يستمر فى تأثيره بين ست ساعات إلى ثماني ساعات مثل: « الأميتال» . ومركبات طويلة يستمر تأثيرها بين ثمانى ساعات إلى ست عشرة ساعة مثل: « اللومينال» Luminal الذى يُستخدم فى علاج مرضى الصرع، كذلك «الفيرونال» ويؤدى الاستعمال المفرط أو المستمر لهذه المركبات إلى الاعتماد(٢).

ويرى أهل الاختصاص أن الباربيتورات تمثلُ خطراً حقيقياً فى عالم المواد النفسيّة، لكنها استمرت فترةً طويلةً لا تستثيرُ من الاهتمام ما يكفى للإقلال من أخطارها إن لم يكن لتحاشيها. ويستشهدون على ذلك بأن الدكتور «ولكوكس» DR.Willcoz نشر منذ عام ١٩١٣م عن الأخطار الرهيبة لعقار الباربيتون المعروف باسم «الفيرونال» الذى بدأ استعماله إكيلينكياً منذ عام ١٩٠٣م، ولكن أحد لم يلتفت إليه إلاَّ فى الخمسينيات من القرن الماضى عندما نشرت مجلة ال«لانست» Lancet فى افتتاحيتها أن الباربيتورات مواد نفسيةمحدثة للاعتماد فعلاً، وإنَّ استعمالها ينطوى على مخاطرة لا تلقى من الحذر ما تستحقه، وفى الوقت نفسه نشرت المجلة الطبية البريطانية فى افتتاحيتها أنَّ الباربيتورات تحتوى على كل خصائص المواد النفسية المحدثة للاعتماد(٣).

---

(١) Hordem, A. Pschopharmocology : Some Historcal considerations, in Psychopharma cology : Pimensions & Perspectives , London : Tavis tock , 1971, 95-148.

(٢) Madden.S.H, Walker . R. and Kenyon H.W: Aspects of Alcohol and Drug Dependence . Pitman Medical, 1980.

(٣) Laurie , P. Drugs: Medical, Psychological and Social Facts, Harmonds Worth, Middlesex: Pelican Books . 2nd ed, 1970.

• الاعتماد الباربيتورى :

تعريفه :

يُعرف الاعتماد الباربيتورى بأنَّه الحالة التى تنشأ عن تكرار تناول عقار من نوع الباربيتورات دورية أو دائمة ، وبكميات تزيدُ عادةً على القدر اللازم للعلاج الطبى .

خصائصه :

من خصائص هذه الحالة نشوء الرَّغبة الملحة فى الاستمرار على تعاطى هذا النوع من العقار، وتلك الرَّغبة يمكن إشباعها بتناول المادة نفسها التى اعتاد الشخص على تعاطيها، أو أي مادة أخرى تحدث آثاراً مشابهة لتلك التى تحدثها الباربيتورات ، وهكذا يتكون الاعتماد النفسى على آثار العقار نتيجة للتقدير الشخصى لمفعوله .

وفى هذه الحالة يتكوَّن أيضاً الاعتماد الجسمى الذى يستلزمه الاستمرار فى تعاطى العقار للمحافظة على الاتزان البدنى، ويظهر الاعتماد الجسمى بظهور أعراض الانقطاع فى حالة التوقف عن تعاطيه . وتظهر المناعة ضد تأثير الباربيتورات كما هو الشأن بالنسبة للمواد النفسيَّة الأخرى بصفة عامة. ولكنَّ ظهورها فى الجرعات القليلة نسبياً قد لا يتم قبل سبعة أيام من بدء تناولها . ويعقبُ ظهورها اتجاه إلى زيادة حجم الجرعة . وبعد الانقطاع عن تناول أي عقار من نوع الباربيتورات تختفى المناعة بسرعة وتزداد درجة حساسية المعتمدين عليها بشكل أقوى من درجة حساسيتهم لها قبل تسممهم المزمن بهذه العقاقير .

وخلال فترة التسمم المزمن الناشىء عن الاستمرار فى تعاطى الباربيتورات يستمرُ فعلها المهدئ، ويصابُ المعتمد عليها بفقدان الاتزان نتيجةً لظهور المناعة بصورة غير كاملة ممَّا يجعل الشخص أكثر تعرُّضاً للحوادث، وتختلف القوى العقلية، ويتشوش الفكر، ويزداد الاضطراب العاطفى، وينشأ الخطرُ من الزيادة المفاجئة للجرعة نتيجة لتأخر بدء مفعول العقار واختلال الإحساس الإدراكى للزمن(١) .

---

(١) انظر : سعد المغربى : سيكولوجية تعاطى الأفيون ومشتقاته ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٨٦م .

أعـراض الانقطـاع :

أعراضُ الانقطاع عن تناول الباربيتورات بحسب ترتيب ظهورها هي: القلق، ارتجاف العضلات اللاإرادى فى اهتزاز اليدين والأصابع، الضعفُ المضطرد، دوار الرأس، اختلاط المرئيات، الغثيان، القيء، الأرق، نقص الوزن، انخفاض ضغط الدم فى أثناء الوقوف، تشنجات صرعية، الهذيان، أو نبات ذهانية (نوبات عقلية مرضية) . والصرع والهذيان لا يظهران غالباً فى وقت واحد، فقد يُصاب المعتمدُ بالتشنج مرّة أو مرّتين فقط خلال الثمانية والأربعين ساعة الأولى.

والنوباتُ الذهانيةُ تُشملُ : جنون العظمة ، الانفصام الذهنى، الوهم الشديد، الهلوسة، الفزع الشديد بدون سبب واضح.

والاعتماد الباربيتورى لا يبدأ فى التكوُّن بعد تناول الجرعة الأولى كما هو الحال بالنسبة للاعتماد المورفينى. ومن المؤكَّد أيضاً أنَّ الاعتماد الباربيتورى لا يمكن أن يتكوَّن إذا كان الاستعمال فى حدود الكميات التى لاتزيد على القدر اللازم لجلب السكينة أو النوم. ولا تظهر أعراض الانقطاع عند وقع استعمال الباربيتورات إلاَّ إذا زادت الجرعات اليومية على القدر اللازم للعلاج الطبى.

وفى حالة استخدام الباربيتورات للعلاج الطبى يظهرُ الاعتماد النفسى فى صورة ميل شديد للاستمرار فى تناول جرعات منها. ولكن فى هذه الحالة يمكن وقف استعمالها دون أن تظهر اضطرابات شخصية «شديدة».

٢ - منومات غير مشتقة من حامض الباربيتوريك :

مثل «البرلدهايد» و«الدوريدن» و«الكودال» و«الماندراكس» و«الموجادون» و«الميتاكوالون» و«الهيمينيفرين» وهى عقاقير «تخليقية» تجلبُ النوم . وقد كان من المعتقد أنَّها أقلُ ضرراً من الباربيتورات فى البداية، ولكن ثبت مؤخراً أنَّها تؤدى إلى الاعتماد وتشبه الباربيتورات فى تأثيرها.

وقد استحدث المتعاطون طريقة مغايرةً للتعاطى هى سحق الأقراص لاستنشاقها ممَّا يعطى تأثيراً سريعاً قوياً لا يعادله إلا خطره البالغ، وثمة من يلجأ منهم إلى خلطه

مع مواد أخرى كالهيروين أو الخمور وهنا تبلغ الخطورة أقصى مداها إذ تصل بالمتعاطى إلى حد الوفاة، كما يصلُ الاعتماد عليه حداً يُصيبُ المعتمد بأعراض الانقطاع مثل: التشنُّجات والارتجاف والهذيان إذا توقف عن تعاطيه[1].

خطر الاعتماد على المنومات :

المنوماتُ تهبط وظائف المخ تماماً مثل الخمور، فتضعف القدرة على التركيز والانتباه، وتنخفض القدرة على قيادة المركبات بكفاءة ، ويشعرُ المتعاطى بالنشوة فى البداية ثم النعاس والنوم ثم الخمول وضعف حدة الإبصار، والخطأ فى تقدير مدة المؤثرات السمعية، واختلال صواب الحكم على الأمور، ويتصور المتعاطى أنَّ الزمن يمرّ بسرعةٍ.

وتُخففُ المنوماتُ من حدة إدراك الألم، وإن كانت لا تُسَّكنُ الألم بالمعنى المفهوم. فالباربيتورات مثلاً تضعفُ مفعول مسكنات الألم، وهذه حقيقةٌ ينبغى مراعاتها عند علاج مريض يشكو الألم والأرق معاً.

وتُهبط المنوماتُ وظائف مراكز التنفس خاصة إذا كان الشخصُ مصاباً بأمراض الجهاز التنفسى المزمنة، كما أنَّها تخفض ضغط الدم وكميته التى يضخها القلب. وفى الجرعات الكبيرة تهبط عضلة القلب نفسها، ويسبب الإسرافُ فى تعاطى المنومات إلى الإصابة بالإمساك. وإذا استعمل الشخص المنوم يومياً لمدة تسعين يوماً تظهر عليه من علامات التحمُّل خلال أربعة عشر يوماً، وفتنخفض عدد ساعات النوم، وتظهرُ عليه علامات التحمُّل خلال أربعة عشر يوماً، فتنخفض عدد ساعات النوم، وتظهرُ على المتعاطى علامات التسمُّم الخفيفة ويحتاج لزيادة الجرعة للحصول على نفس المفعول . والمسرف فى تعاطى المنومات لا يتأثرّ بجرعات كبيرة من الخمر لحدوث ما يُسمى بالتحمُّل المشترك بين الخمر والمنومات. والسببُ فىّ ظاهرة التحمُّل أنَّ المنومات تنشط خمائر الكبد فيتم التخلص منها بسرعةٍ ، ولذلك يحتاج المتعاطى المسرف

(١) الإدمان أوهام ، أخطار، حقائق، مرجع سابق، ص ١٨.

لجرعات أكبر. وبعد امتصاص المنومات فى الدم تنتشر ف كل الجسم ولكنها تتركز بصورة خاصة فى المخ. ويتم تمثيل المنومات أساساً فى الكبد، ولا تفرز الكليتان إلا كمية قليلة من المنوم بتركيبه الأصلى. ويتم تكسير المنومات فى الكبد إلى مشتقات بسيطة تُفرز فى البول وفى البراز[1].

وينتشر الاعتماد على المنومات بين متوسطى الأعمار وبخاصةً بين النساء، وقد قل استخدام الباربيتورات وحلت محلّها أدوية أخرى لا يقل ضررها عنها. ومن المؤسف أن عدداً من الشباب يستخدمُ المنومات بدلاً من الخمور عند تعذر الحصول عليها أو يمزجها مع الخمر حتى تزداد فعاليتها، ويعتمد بعض معتمدى الخمور السابقون على المنومات بعد إقلاعهم عنها.

ويفيد «جلات» GLATT عام ١٩٧٤م أنَّ عدد وصفات الباربيتوريك بلغ خمسة عشر مليون وصفة فى الفترة الواقعة بين عام ١٩٦١ م وعام ١٩٦٨م ، وزاد عدد المنومات الأخرى من٤ ,٣ مليون فى عام ١٩٦١م إلى ٨ ,٥ مليون عام ١٩٦٨م ، أي بنسبة ٦ ,١٪ إلى ٢ ,٢٪ من العدد الكلى للوصفات النى يكتبها الممارس العام فى إنجلترا.

ويقدر نفس المؤلف نسبة المعتمدين فى إنجلترا بـ ٢ ,٠٪ من السكان والنسبة فى ازدياد ، ومن أشهر المنومات التى يستخدمها المعتمدون الذين فحصهم المؤلف : «الماندراكس» و«الريفونال» و«التونيال»[2].

وفى دراسة قام بها الدكتور «عادل الدمرداش» وزملاؤه عام ١٩٧٦م كانت نسبة معتدمى «المندركس» بين سبعين مريضاً بمستشفى الطب النفسى بدولة الكويت ١٦٪، ومعتمدى «التونيال» ١٤٪ ، و«النيمبيونال» ١٪ وقد توصل إلى هذه النتائج المهمة :

(١) الإدمان مظاهره وعلاجه، مرجع سابق، ص ص ١٤٣، ١٤٤.

(٢) GLOTT. M MTP. A GUIDE TO ADDICTION AND ITS TREATMENT. MEDICAL AND TECHNICAL PUBLISHING CO LTD, 1974.

١ - أن مسؤولية الاعتماد على المنومات يقع جزءٌ كبيرٌ منها على عاتق الأطباء الذين يستسهلون صرف هذه المواد للمرضى بسخاء غير مطلوب دون الإصغاء الجيد لشكوى المريض من جهة، وإلى انعدام روح المسئولية عند بعض شركات الأدوية التى تدعى فى النشرات التى توزعها بأنَّ المركَّب لا يسببُ الاعتماد، ليتضح فيما بعد خطأ هذا الادعاء من جهة أخرى.

٢ - أنَّ الاعتماد على المنوعات أكثر انتشاراً بين من يتداولونها فى عملهم كالأطباء والصيادلة وأفراد هيئة التمريض، ومن يعملون فى شركات الأدوية، وذلك لسهولة الحصول على المادة.

٣ - يؤدى استعمال المنوم يومياً وبصورة منتظمة لمدة ثلاث أو أربعة أسابيع إلى الاعتماد وذلك فى جرعة تبلغ ٤٠٠ مجم من «النمبيوتال» أو ما يعادلها من المنومات الأخرى(١).

ومن أعراض حالات الاعتماد على المنومات نذكر: شعور المعتمد ببطء التفكير والنسيان والخلط وضعف التركيز وعدم القدرة على حُسن التقدير، كما أنَّه يعانى من تقلُّب انفعالاته وسرعة الإثارة. والمعتمد على المنومات لا يمكن الاعتماد عليه، فهو يميل إلى الانزواء، وإهمال أعماله، وتتدهور علاقاته مع الناس، وتضطرب حالته المادية وحياته الأسرية، كما تتدهور كفاءة المعتمد الذهنية ومهاراته الحركية.

ومن المعروف أن معتمدى المنومات كثيراً ما يصابون بالاكتئاب ويحاولون الانتحار، أو ينتحرون فعلاً لسهولة الحصول على المنوم، وقد بلغت حالات التسمم بالمنومات فى أحد مراكز العلاج فى «أدنبرة» بين عام ١٩٦٨م وعام ١٩٧٠م (٧٠٪)، وبلغ نسبة الوفيات ٢٪(٢).

(١) DEMERDASH . A, MIZAAL. H, EL FAROUKI. S AND EL MOSSALEM. H: SOME BE-HAVIOURAL AND PSYCHOSOCIAL ASPCTS OF AL COHOL AND DRUG DE-PENDENCE IN KUWATI PSYCHIATRIC HOSPITAL. ACT , PYSCHIAT SCANDIN , 1981, 63, 173-185.

(٢) الإدمان مظاهره وعلاجه، مرجع سابق، ص ص ١٥١ - ١٥٢.

ومن أعراض الاعتماد على المنومات من الناحية الجسمية : بطء الحركة، والترنح، وثقل اللسان، والدوخة، واهتزاز العينين، ورغشة اليدين، والإمساك، وهبوط ضغط الدم، والضعف الجنسى فى الذكور، واضطرابات الدورة الشهرية فى الإناث.

وعند الامتناع الفجائى عن المنوم يشعر المعتمد بعد أربع وعشرين ساعة بالقلق الشديد، وعدم القدرة على الاستقرار فى مكان واحد، والأرق المستمر، وعدم القدرة على إدراك الزمان والمكان، والهذيان، والرّعشة ، والدوخة . وقد يشعر المعتمد أيضاً بالهلوسات البصرية، والنوبات الصرعية المتكررة . ويصابُ بعضهم بنوبات من المرض العقلى حيث يعانون من المعتقدات الوهمية الباطلة الشبيهة بتلك التى تُصيب مريض الفصام ، وتستمر أعراض الامتناع لمدة ثلاثة أيام وتحتاج لعلاج سريع لأنّها قد تؤدى للوفاة(١) .

جـ- المهدئات :

المهدئات Tranquilizer هى مجموعة من العقاقير التى هى فى الأصل علاج طبى للقلق والتوتر وبعض حالات الصرع، لكن أُسيىء استخدامها، ولجأ المتعاطون إلى تناولها فى كثير من الدول بدون وصفة (روشتة) طبية، وذلك على هيئة أقراص مختلفة الأشكال، أو الكبسولات، ولعل أكثرها استخداماً فى مصر على وجه التحديد «الليبريوم»librum ، و"الفاليوم» Valium ، و«الأتيفان» ، والروهينول» المعروف باسم أبى صليبة(١) .

ويسبب تعاطى هذه المركبات لمدة طويلة الاعتماد النفسى والجسمى، وإذا أسيء استخدامها مع مركبات أخرى تزيد خطورتها بشكل بالغ .

(١) الإدمان أوهام ، أخطار، حقائق، مرجع سابق، ص ٢٠ .
(٢) الإدمان مظاهره وعلاجه، مرجع سابق، ص ١٢ .

والجدير بالذكر أن المهدئات تأثيرها أكثر نوعية من المنومات، إذ أنها لا تؤثر على المخ ككل بل يقتصرُ تأثيرها فى الجرعات العلاجية على أجزاء مُعيَّنة من المخ تختص بالانفعالات ووظائف الأحشاء كالقلب والتنفس والغدد الصمَّاءً . وهى تُسبب التهدئة وتُخفف القلق فى الجرعات العلاجية العادية، أمَّا إذا تجاوز المتعاطى هذه الجرعات فيشعرُ بالنُعاس والاسترخاء والمهدئات أقل قابلية لإحداث الاعتماد من المنومات.

ومن أشهر هذه المهدئات «الترانكيلان» Trunqulian ، و«الكواتيان» Quatan ، و«البروميدات» Bromides ، و«البيرترانكيل»Ppertranquil و«المابرومات» .Mebromate

هذا ، وقد بلغ عدد الأشخاص الذين يتناولون مهدئات «الفاليوم» و«الليبرويوم» فى أمريكا ثمانين مليون شخص، وفى إنجلترا ارتفع عدد وصفات المهدئات من ٦,٢ مليون عام ١٩٦١م إلى ١٧,١ مليون عام ١٩٧١م وفى عام ١٩٧٥م بلغ عددُ الوصفات الطبية الخاصة بالأدوية النفسية فى إنجلترا ٤٧,٥ مليون وصفة منها: ٤٣٪ مهدئات، ٣٥٪ منومات، ١٧٪ مضادات اكتئاب. ، وفى أمريكا يتناول شخص واحد من كل أربعة أشخاص دواءً نفسياً[١] وهذه أرقام «لا تحتاج بالقطع إلى تعليق».

والمعروف أن تأثير المهدئات أخف من تأثير المنومات، وأقل ضرراً بصورة عامة، واستخدامها مفيد من الناحية العلاجية فى القلق النفسى، والأمراض البنفسجسمية مثل: ارتفاع ضغط الدم، وجلطة القلب، وقرحة المعدة، والصرع. باستثناء ذلك لا يُحبذ أهل العلم والخبرة فى هذا المجال وصف هذه العقاقير دون ضوابط أو لمدة طويلة، فقد ثبت مؤخراً أنَّ هذه الأدوية تسبب الاعتماد ، كما أن الجرعة القاتلة من المهدئات أكبر بكثير من الجرعة المماثلة بالنسبة للمنومات.

---

(١) المرجع السابق، ص ص ١٥٤ ، ١٥٥ (بتصرف).

• الفصل الرابع •

المبدعون
وظاهرة تعاطي
المواد النفسيَّة المخدرة

تمهيد

هناك بعض الدعاوى التى أطلقها نفر من المبدعين بحيث أنَّه لا يستقيم العمل الإبداعى المولود من الألم والمعاناة والتجربة بغير أن يمرّ صاحبها بخبرة التعاطى والاعتماد على أي من المواد النفسيَّة المخدرة أو المنشطة أو المهلوسة بما فيها الكحوليات أو الخمور.

وهناك أيضاً دعاوى شبيهة بذلك ابتدعها البعض منهم ممَّن انحرف سلوكهم، هذه الدعاوى تدعو إلى «تحرير العقل» ، و«التحرر من الآلام والقيود الجسدية والنفسية»، وكذلك «الدخول فى عوالم من المتعة غير المسبوقة» ، أو «التخلص من ربْقة الجسد والوصول إلى عوالم سرمدية».

هذه إذاً دعاوى تنبنى فى حقيقة الأمر على فراديس مصطنعة، سرعان ما تتحول إلى آلامات وعذابات حقيقية، حيث تجثم الاضطرابات والأمراض العقلية والنفسيَّة.

والإبداع الحقيقى لا يعترف على الإطلاق بمثل هذه الدعاوى، فيقيناً نحن نؤمن تمام الإيمان أن الإبداع المؤثر والفعال يحتاج إلى قدر كبير من المرونة العقلية، وإلى المثابرة والدافعية العالية، وإلى قدرات كبيرة من الطموح والإصرار، وإلى درجات معقولة من الذكاء ، وإلى طلاقة الأفكار وأصالتها ومرونتها، وإلى حساسية خاصة للمشكلا، وإلى متابعة خاصة للأهداف، وإلى تفتح خاص على الخبرات الداخلية والخارجية، وإلى إرادة تقوم بالصياغة والتشكيل، وإلى خيال خصب قابل للتجديد، وإلى خروج من المألوف بقصد تقديم الجديد غير المسبوق، وإلى نسق من القيم تتميَّز بالخصوصية بحيث تتجاوز الفرد إلى المجتمع، وتتجاوز المجتمع المحدود الصغير إلى الإنسانية عامة، وإلى إحساس خاص وعميق بالزمان والمكان والإنسان، وإلى شفافية واستنتاجية وحَدْسية وبصيرة. . . إلخ.

فهل يستطيع من يتعاطى تلك المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد سواء أكانت مواد نفسيَّة مخدرة أو منشطة أو مهلوسة أن يفى بكل هذه المتطلبات وغيرها؟!

وهل يستطيع أن يحافظ على ذاته ويصونها تلك الذات المبدعة الخلاقة المُجددة دون أن يشوهها أو يدمرها؟! ، بالقطع الإجابة بالنفى!!

ولذا فأنا أُقدم هذا الفصل من الكتاب للتعرُّف على بعض المبدعين الذين أحببنا نتاجاتهم الإبداعية روائية كانت أم شعرية أم موسيقية أم فكرية .. إلخ. ثم حينما قرأنا بشىء من التفصيل سيرهم الذاتية اكتشفنا مدى تفسخ شخصياتهم ، وانحراف أمزجتهم، وشذوذ إرادتهم وانجرافهم إلى هاوية التعاطى والاعتماد ينهلون أو يعبون منه عبًّا بغير تروى أو تمهُّل وكأن أبصارهم كفت عن الرؤى ، وبصائرهم اعتراها العطب ولم تعد قادرة على استشراف المستقبل المتردى البأس الذى ينتظرهم.

أقدم إذاً هذا الفصل لنلقى الضوء على جزء يسير من حياة بعض المبدعين الذين أحببنا إبداعاتهم بينما لابد أن نمقت بكل إصرار انحرافهم إلى هاوية التعاطى والاعتماد، بحيث نفصل دئماً بين مَنْ نحبهم لأعمالهم وإنجازاتهم الإبداعية ، دون أن نحبهم بالضرورة لسلوكياتهم أو تصرفاتهم . لنتأسى بهم فى مجال تميزهم وتفردهم ، ولكن علينا أن نغض البصر على خلاف ذلك، بل لابد أن ننقد هذه التصرُّفات اللاسوية بحيث لا تكون إحدى صفاتنا على الإطلاق.

نعم نحن نُجِلّ كل مبدع أصيل ونضعه فى مرتبة لائقة، ولكننا حتماً لا نُجِل ما أقدموا عليه من اعوجاج أو انحراف.

أول من نتناوله فى هذا الفصل، وقد راح يتعاطى المواد النفسيَّة المخدرة، وعلى الأخص الأفيون هو الكاتب الإنجليزى والشاعر **صموئيل تيلور كولردج** وقد ولد فى ٢١ من أكتوبر عام ١٧٧٢م بمقاطعة ديفون بإنجلترا، وظهرت بشائر موهبته فى الطفولة المبكرة إذ كان ميالاً للانطواء والعزوف عن اللَّعب وحب القراءة.

توفى والده وهو فى التاسعة من عُمره، ثم أُرسل إلى لندن لكى يلتحق بإحدى مدارسها، بعدها التحق بجامعة «كمبردج» ليدرس اللاهوت ثم مالبث أن رحل

عنها، بعدها التحق بالجيش تحت اسم مستعار واشتغل جندياً، لم يستمر الحال طويلاً فبعد محاولات دائبة خرج من الخدمة فى عام ١٧٩٤م. عمل بالصحافة وفى عام ١٧٩٦م أصدر مجلة ثقافية سياسية باسم «الحارس» كان يُحررها «كولردج» بنفسه من الألف إلى الياء، ولذلك لم تُعمر طويلاً ولم يصدر منها سوى عشرة أعداد.

تقابل مع الشاعر الإنجليزى الشهير «وليم وردزورث» ونشأت بينهما صداقة قوية. وفى الفترة من عام ١٨٩٧م إلى عام ١٨٩٨م كتب «كولردج» أجود أشعاره على الإطلاق فقد ألف دواوينه: «كوبلاخان»، و«الملاح العتيق»، «كريستابل»، ثم أصدر بالتعاون مع صديقه الشاعر «وردزورث» ديوانهما المشهور «مقطوعات قصصية غنائية»، ذلك الديوان الذى لعب دوراً خطيراً فى تطور الشعر الإنجليزى.

فى تلك الفترة زاد الاعتماد على الأفيون فى إنجلترا تحديداً، وخاصة لدى الشعراء، اعتقاداً منهم أنه يعمل على استثارة القدرة الإبداعية، ويساعد كذلك على التخفف من التوترات النفسية والمشكلات الخارجية. وقد شاع استخدام الأفيون لدى شعراء روما نتيكيين من بينهم الشاعر «كولردج» الذى أطلق عليه اسم «حليب الفردوس»(١).

ويُقال أنه كتب ديوانه الشهير «كوبلاخان» تحت تأثير الأفيون. ونود أن نُشير أن «كولردج» مع حلول عام ١٨٠٠م، تدهورت حالته الصحيَّة فقد مَرَض بالديستاريا وتورمت ركبتاه وأصابعه ولازمه المرض طول عام ١٨٠١ تقريباً، وفى أثناء هذا المرض بدأ الشاعر «كولردج» يتعاطى الأفيون وذلك لتسكين الألم الذى كان يُعانيه، فلقد قرأ فى إحدى المجالت الطبية عن تأثير هذا المخدر فى المرض الذى يشكو منه فقرر فى الحال أن يُجرب هذا الدواء الجديد فكان تأثيره على حد قوله تأثير السحر، غير أن تأثير هذا المخدر للأسلف يتضاءل بالاستعمال فوجد «كولردج» نفسه يزيد من كمية الجرعة بالتدريج كل يوم حتى أصبح يمضى الوقت معتمداً عليه، لا يستطيع أن

(١) شاكر عبدالحميد: هل يرتبط الإبداع بالمخدرات حقاً؟، مجلة العربى، الكويت: وزارة الإعلام، يناير ١٩٩٨م، العدد: ٤٧٠، ص ١٧٣ (بتصرف).

يستغنى عنه ، وكثيراً ما دافع «كولردج» عن نفسه ضدّ من كانوا يتهمونه بضعف الخلق، ويعيبون عليه عاداته السيئة قائلاً أنه لم ينشد الأفيون سعياً وراء الملذات الحسية بل تلافياً للألم الحاد الذى كان يؤرقه. وهو لم يجعل من تعاطيه واعتماده على الأفيون سراً من الأسرار، وإنما كان يُخبر عن تعاطيه منذ البداية وذلك لبعض أصدقائه المقربين إليه.

على أية حال، كانت إحدى سقطات هذا الشاعر الإنجليزى اعتماده على الأفيون سواء على سبيل العلاج، أم على سبيل استثارة القدرات الإبداعية، أم على سبيل المتعة الحسيَّة!!

توفى «كولردج» فى ٢٥ من يوليو ١٨٣٢م . وقد تبيَّن من الفحص الطبى بعد وفاته أن معظم آلامه التى عانى منها كان مصدرها تضخُّم فى القلب.

الشخصية الثانية التى راحت تتعاطى مخدر الأفيون، ثم امتنع عنه نهائياً على أساس أنه يُسبِّب آثاراً مضللة ومعتمة للعقل البشرى هو الشاعر الإنجليزى **جون كيتس** المولود فى ٢٩ من أكتوبر ١٧٩٥م بإنجلترا، والذى توفى والده فى عام ١٨٠٤م فتولت أمه رعايته وقد ورث عنها - لسوء الحظ - مرض الدرن الرئوى (السل) الذى أودى بحياته قبل أن يتم ربيعه الخامس والعشرين. من أهم مؤلفاته الشعرية : «أندميون»، «إلى البلبل» ، «الأصيص الإغريقى»، «النجم المتألق»، توفى «جون كيتس» فى ٢٧ من فبراير ١٨٢١م.

الموسيقار الفرنسى **هيكتور بيرليوز** بالرغم ما عرف عنه من أنَّه تعاطى بعض المخدرات للتخفُّف من آلام الأسنان الشديدة التى عانى منها فإنَّه لم يعرف عنه على نحو يقينى أنَّه قام بتأليف الموسيقى تحت تأثير الأفيون. هذا رغم ما قاله البعض عنه من أنَّه ألَّف سيمفونيته الخيالية Symphonie Fantastique الشهيرة تحت تأثير هذا المخدر حيث يبدو فيها هذا اللجوء الخاص لقصة خاصة حول حلم ما يحدث لفنان ما تحت تأثير الأفيون هذا المخدر الذى تتحوَّل من خلاله عذابات هذا الفنان ومسراته إلى صور خيالية(١).

---

(١) المرجع السابق ، ص ١٧٤ (بتصرف).

الكاتب الإنجليزى **توماس دى كوينسى** هو من أشهر الذين كتبوا حول هذا الموضوع تعاطى الأفيون عام ١٨٢١م وسماه «إعترافات متعاطى أفيون إنجليزى» يتحدث عن كيف أصبح عبداً للأفيون بحيث أصبح خاضعاً له كسلطة وحيدةً فى حياته. وقد أشار إلى أنّه لم يلجأ إليه "بحثاً عن اللّذة» ولكن هروباً من الألم، وقد عُرف عنه أنّه كان يعانى من آلام شديدة فى الوجه ناتجة من حالة تسمى Tringeminal Weurw ، تصيب العصب المثلى فى الوجه ويُقال: إن آلامها الشديدة قد تدفع بعض المرضى ضعاف الإرادة إلى الانتحار. وبرغم أن «دى كوينسى» قد تحدث عن الأفيون باعتباره العلاج الناجح لكل آلام البشر، وأنّه سرّالسعادة الذى اختلف حوله الفلاسفة، فإن مسرات هذا العقار قصيرة بينما أحزانه وآلامه كثيرة. وقد حدث لهذا الكاتب حالات كثيرة من فقدان الشعور بالأمن ومن القلق العميق والحزن والكآبة الجنائزية. ومما قاله «دى كوينسى» فى كتابه عن الأفيون: « تناولت الأفيون، وماذا حدث يا آلهى؟ بعث «للروح وزوال» للألم . . إنّه مزيل لآلام الإنسان، وسرّ السعادة التى ظل الفلاسفة يبحثون عنها لعصور طويلة. . فيمكننا شراء السعادة الآن بدرهم واحد»[1] وكانت صبغة الأفيون تُباع آنذاك ببنس واحد من الصيدلية بدون وصفة طبية.

الشخصية الخامسة التى نقدمها فى هذا الفصل هى شخصية الشاعر الفرنسى **بودلير** Beaudire والذى يُعتبر من أكبر شعراء فرنسا بعد «راسين» ولد فى عام ١٨٢١م، وقد عانى أشد المعاناة عندما اقترنت والدته - التى كان يحبها حُباً جماً- بعد وفاة أبيه بضابط يتميز بالصرامة والشدة، مما جعل «بودلير» يبغضه أشد البغض، كما غار منه غيرة عمياء، وناصبه العداء والحقد.

وكان «بودلير» على الدوام شديد الشغف بتناول القهوة والإكثار من التدخين. وكان يستعين على الأرق بالمغيبات فيزيد على أوجاعه الغثيان والقيء، وهو كان دائم الشكوى من أوجاع الرأس، وصعوبة التنفس، وفى النهاية أصيب باحتقان فى المخ.

(١) الإدمان مظاهره وعلاجه، مرجع سابق، ص ١٧١.

«وبودلير» كان يميل إلى اللذَّة العنيفة ومنها إلى اللذَّة القصوى حتى المرض والتحطيم، فقد أحس بكل ما يمكن أن يمنحه جسد المرأة من لذة مبرحة وباطلة، وبكل ما تولده الخمر في الرؤوس من مباهج، ومع ذلك فنفسه لم تشبع بعد، فراح يلتمس النشوة الكبرى من تعاطى الأفيون ومشتقاته(١).

حتى لقد قيل أنَّه قد كتب ديوانه الشهير «أزهار الشر» تحت تأثير الأفيون. وقد توفى «بودلير» فى آخر شهر أغسطس عام ١٩٦٧م وهو فى السادسة والأربعين من عمره.

أمَّا الأديب الفرنسى الكبير **جى دى موباسان** فقد كان يتعاطى الأفيون والمورفين، وقد ولد «موباسان» فى أغسطس عام ١٨٤٨م ، آمن بموهبته الأديب الفرنسى «جوستاف فلوبير» بعد أن كتب قصته «والد سيمون» عام ١٨٧٧م ، وفى عام ١٨٨٣م إلى عام ١٨٨٧م كتب «موباسان» أكثر من ٢٥٠ قصة قصيرة.

كان مصاباً بالزهرى فى إحدى عينيه وقد أشار لهذا المرض فى قصيتين هما : «أخوات روند ولى» ، «الفراش». أصيب «موباسان» بالشلل فى أواخر أيامه حتى توفى عام ١٨٩٣م. عن خمسة وأربعين عاماً(٢).

الشخصية السابعة والأخيرة التى أُقدمها فهى للشاعر والفنان الفرنسى **جان كوكتو** الذى ولد فى ٥ يوليو عام ١٨٨٩م بباريس وتعلَّم فى الليسيه كوندورسيه. وقد أُتيح له أن يقوم برحلات إلى مختلف بلاد العالم، وساعده عمله فى فرقة الكوميدى فرانسيز على الإكثار من هذه الرحلات فزار إيطاليا واليونان والهند ومصر واليابان وأمريكا. وقد كتب كتاباً عن مصر بعنوان «معلهش» متندراً ومتظرفاً للتعبير الدارج.

(١) انظر : عبدالرحمن صدقي : بودلير الشاعر الرَّجيم، ط ٣، القاهرة : دار المعارف، ١٩٨٦م.
إبراهيم المصرى : فى موكب العظماء، القاهرة : دار أخبار اليوم، أغسطس ١٩٧٩م، كتاب اليوم، العدد : ١٥٥، ص ص ٧٥-٨٢.

(٢) انظر : يوسف الشارونى : أدباء من الشاطىء الآخر ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ٢٠٠٢، ص ص ١٣٥ - ١٤٦.

و«كوكتو» متعدد المواهب والاهتمامات فهو كان شاعراً ، وكاتباً مسرحيا، وروائيّا، وصحافيّا، وموسيقيّا، ورساماً، ومصمم رقص وديكور وزخارف، كما كان كاتباً ومخرجاً سينمائيّا.

من أشهر دواوينه الشعرية ومسرحياته: « أورفيوس» ، «الآلة الجهنمية» ، «انتيجون» ، «فرسان المائدة المستديرة» . وفى عام ١٩٥٥م أُنتخب عضواً بالأكاديمية الملكية للغة والأدب الفرنسى في بلجيكا. وقد منحته جامعة أكسفورد درجة الدكتوراه تقديراً لمكانته[١].

كان «كوكتو» - للأسف الشديد - من المتعاطين للأفيون، فقد كتب فى مذكراته تحت عنوان «مدمن أفيون فى عام ١٩٣٣م يقول: « إن مَنْ يقول لمدمن الأفيون وهو في حالة النشوة، إنَّه «أي الأفيون» يحط من شأنه يكون مثل من يقول لقطعة ورد أنها تدنَّست لأن شكسبير كتب عليها»[٢].

كما قال أيضاً تبريراً لتعاطيه الأفيون حد الاعتماد، أنَّه يتعاطاه لاستعادة توازنه العقلى: « أنا أفضل التوازن الاصطناعى على عدم التوازن على الإطلاق»[٣].

وقد رسم «كوكتو» صورة شخصية لنفسه تحت تأثير الأفيون ظهر فيها وكأنه شبح كابوسى مُفكَّك الأوصال، يُعانى من اكتئاب حاد، ويفتقد السعادة بشكل كبير.

هذا، وتوفى «جان كوكتو» فى ١١ من أكتوبر عام ١٩٦٣م أثر نوبة قلبية عن ٧٤ عاماً.

(١) انظر : على شلش : عندما يتحدث الأدباء، القاهرة : دار المعارف ، ١٩٧٧م ، سلسلة أقرأ، العدد : ٤٢٧ ، ص ص ١٢-٢١.

(٢) الأدمان مظاهره وعلاجه، مرجع سابق ، ص ١٧١.

(٣) هل يرتبط الإبداع بالمخدرات حقاً ، مرجع سابق، ص ١٧٤.

• الفصل الخامس •



تشخيص حــالات

التعاطى والاعتماد

تمهيد

فى البداية نود أن نؤكد أنهُ ينبغى أن ننظر إلى الإنسان المتعاطى للمواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد سواء كانت مخدَّرات أم منشطات أم مهلوسات باعتباره إنساناً له كينونته وكرامته وله ظروفه النفسيَّة أو الاجتماعية التى جعلته ضحية لهذا الوباء، كما يجب أن نراعى عُمْره ، ونضجه ومستواه الثقافى والاقتصادى. . . إلخ، ولذا لا يجب أن يكون التركيز منصبًا على السلوك الاعتماد بل ينصبُّ على الفرد ككل.

وعند النظر إلى استخدام تلك المواد النفسيَّة أيًا كان نوعها كسلوك إنسانى، فإنَّ العلوم الاجتماعية والسلوكية تمدنا ببعض الحقائق والأساسيات التى تساعد على فهم ذلك نذكر منها:

أولاً : السلوك الاعتمادى يختلفُ من فرد إلى آخر، كما يختلف لدى نفس الفرد من وقت لآخر، كما تختلف درجة الاعتماد وسلوك المعتمدين من مجتمع لآخر، ومن ثقافة إلى أخرى، ومن جيل إلى جيل.

ثانياً : لا توجد علاقة مباشرة بين سبب التعاطى والاعتماد ونتيجة هذا التعاطى أو الاعتماد، فعلى سبيل المثال: ليس كل من لديه مشكلةٌ ما يصبح بالضرورة متعاطياً للمواد النفسيَّة كالمخدرات ، كما أن أنماط تعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد تتأثر بعوامل عديدة مثل الأسرة، والمدرسة، والأصدقاء ووسائل الاتصال، لذلك فإنَّ محاولات الوقاية لابدَّ أن تتعاون مع تلك الجهات حتى يكون تأثيرها فعالاً .

ثالثاً : يحدث السلوك الاعتمادى فى ظل إطار اجتماعى أو ثقافى مُعيَّن، كما تلعب معتقدات الإنسان وطرقُ إدراكه للمادة النفسية دوراً مهمًا فى عملية الاعتماد والإقدام عليها، سواء أكانت هذه المعتقدات حقيقية أم خيالية، وسواء قبلها الآخرون أو لم يقبولها.

رابعاً : السلوك الاعتمادى يُشبع حاجات مُعينة عند المتعاطين، لذا يجب إيجاد البدائل التى تُحقق هذه الحاجات.

خامساً : المعلومات لا تؤدى بالضرورة إلى تعديل السلوك ، لكن يجب إثارة الدوافع التى تحفز الإنسان داخلياً لكى يعمل شيء فى هذا الاتجاه، لذلك فلابد أن ترتبط المعلومات التى تُقدم عن الاعتماد بالمعتقدات والاتجاهات والقيم وأنماط الحياة والالتزامات الأساسية للفرد، على أن تُقدَّم للمتعاطى بالطريقة التى تستثير دوافعه(١).

سادساً : ليس كلُ متعاطى أو معتمد مريضاً نفسيًّا، فقد أثبتت دراسات عديدة أن سمات شخصية المعتمدين لا تختلف عن سمات شخصية غير المعتمدين ، بحيث لا يمكن تصنيف شخصية المعتمد على أنَّها شخصية سيكوباتية(٢) فقد يبدأ الفرد فى التعاطى لباعث فضولى أو مسايرةٍ لعادة شعبية فى بعض الثقافات أو جهلاً منه، حيث يستخدم بعض المواد النفسيَّة المخدرة للعلاج، فإذا لم يحصل على هذه المادة يشعر بالضيق والكآبة، ثم يتنبه بعد ذلك للعلاقة بين الكآبة والمادة المخدرة، وبذلك يصبح معتمداً عليها بصرف النظر عن شخصيته(٣).

الوسط الاجتماعى والثقافى لعملية الاعتماد :

لا ينبغى أن نُحدِّد أن نشخص حالات الاعتماد قبل أنّ نتطرق للوسط الاجتماعى والثقافى لعملية الاعتماد. بالطبع نحن نقصد بهذا الوسط مستويين، المستوى الأول: هو ذلك المجتمع الكبير الذى يصدر عادةً القوانين ويُحدد موقفه من

---

(١) نبيل صبحى حنا : الطب والمجتمع، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٨٧م ، ص ٢٢٩.

(٢) السيكوباتية Psychopathu هى اضطراب نفسى، ينجم فى غالب الأحيان عن التقصير فى إيجاد حل مناسب للصراعات النفسية التى يعانى منها المرء. والسيكوباتية تسمية عامةً وشاملة، وغير مخصصه إلى حد كبير، للدلالة على الضروب الشاذة من التجربة والسلوك التى تقترب من الأحوال المرضية، دون أن يصحبها خلل نفسى واضح.

أسعد رزوق : موسوعة علم النفس، ط١، مراجعة : د. عبدالله عبدالدايم ، بيروت : المؤسسة العربية للدراسات والنشر، ١٩٧٧م ، ص ١٦٠.

(٣) سذرلاند وكريستى : مبادئ الإجرام ، ترجمة : محمود السباعى ، د. حسن صادق المرصفاوى، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٦٨ن، ص ص ١٦٦ ، ١٦٧ (بتصرف).

عملية الاعتماد. ثم المستوى الثانى: الذى يضم البيئة أو الحى أو الجماعة التى ينشأ فيها الفرد المعتمد، ويدخل ضمن هذا المستوى الأسرة التى ينشأ فيها الفرد المتعاطى أو يكونها.

ويجدر بنا أن نُشير إلى أنَّه ينبغى مراعاة الآتى عند دراسة ارتباط الأوساط الاجتماعية والثقافية بالاعتماد :

أولاً : اختلاف ظاهرة الاعتماد من مجتمع لآخر، فمثلاً ظاهرة تعاطى الحشيش فى مصر تتسم بما يمكن أن نطلق عليه «الإزمان» Chronicity[1]، فهناك متعاطين مضى على تعاطيهم عشرون عاماً أو أكثر، أمَّا فى المجتمعات الغربية فالعُمُر الاجتماعى للظاهرة لا يمتد للخلف كثيراً.

ثانياً : تنوع أساليب الاعتماد ومواده بتنوع البيئة الطبيعية والاجتماعية ، فهناك مواد تنتشر فى مجتمعات ولا تنتشر فى مجتمعات أخرى بسبب شيوع زراعة النباتات التى تُستخلص منها هذه المواد الأولى ولا تزرع فى الثانية[2] .

كما أنَّ بعض المهن مثل قيادة الشاحنات وسيارات الأجرة يمكن أن ينتشر الاعتماد بين أفرادها كنوع من ثقافة المهنة، ويُدَّعمُ ذلك الآراء أو الأفكار التى تتناقل فيما بينهم عن أثر المنبهات أوالمنشطات على الاستمرار فى القيادة لمسافات طويلة مع عدم الإحساس بالتعب، حتى يصبح تعاطى مواد الاعتماد جزءً من مستلزمات المهنة وثقافتها.

كما يمكن أن تكون بعضُ الأحياء الشعبية بيئات خصبة لانتشار عادات اعتمادية خاصة، (كحىّ الباطنية الشهير فى مصر) ، وقد اتضح أن بعض الأحياء المختلفة هى بؤر للتعاطى والاتجار فى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد ، وبعض تلك الأحياء يساعدُ تكوينها المورفولوجى على ذلك.

---

(١) يُقصد بهذه الكلمة المدى الزمنى لاعتماد نوع ما من المواد النفسيَّة المخدرة أو المنشطة أو المهلوسة سواء بالنسبة للمجتمع أو بالنسبة للفرد.

(٢) مصطفى سويف : دروس مستفادة من بحوث تعاطى المخدرات فى مصر، الكتاب السنوى لعلم الاجتماع (إشراف: د. محمود الجوهرى) ، الكتاب السادس، القاهرة : دار المعارف ، أبريل ١٩٨٤م، ص ٣٥٤.

ثالثاً : تأثير المفهوم الاجتماعى السائد عن مادة الاعتماد : فقد يعتبِّر مجتمعٌ ما أن تعاطى الأفيون أو الهيروين من الأعمال الإجرامية، بينما يُعتبَّر تعاطى الكحوليات أو الخمور فى بعض المجتمعات نوعاً من أنواع الرقى.

رابعاً : طبيعة الحكم الأخلاقى للمجتمع واستمرار التعاطى والاعتماد: حيثُ تؤثر استجابة المجتمع ورد فعله لتعاطى أي مادة من المواد على استمرار المتعاطين ، ذلك أنَّ ردَّ الفعل الشديد يمكن أن يؤدى إلى الإقلال من الاعتماد، كما قد تكون بعض ردود الفعل متشنجة ، أو عاطفية ، أو غير متعقلة.

خامساً: توفر المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد فى المجتمع : الذى لا شك فيه أن توفر مادة الاعتماد يُساعد على انتشار التعاطى ومن ثم الاعتماد، والعكس صحيح. والمعروف أنَّ الناس يستخدمون العقاقير المختلفة على نطاق واسع، وقد أوضحت الدراسات ، وكذا الواقع أن كثيرين يستخدمون العقاقير بطريقة معتدلة، وقليلون يستخدمونها بإفراط، وتوجدُ مجموعة من القوى النفسية والاجتماعية تُساهم فى تشكيل هؤلاء الأفراد منها: توفر العَقار وسهولة الحصول عليه (بدون روشتة طبية) ، ووجود من يُعلم كيفية استخدام العقار.

سادساً : ارتباط الاعتماد بالتصنيفات الاجتماعية المتداولة : حيث تؤدى الظروف الاجتماعية إلى ظهور أنماط جديدة من الاعتماد ترتبط بالموقف الاجتماعى للمتعاطى من حيث مستواه المادى أو عُمره أو مستوى تعليمه. ومن أمثلة هذه الأنماط نمط استنشاق بعض المواد المتطايرة مثل البنزين.

سابعاً : يتأثر السلوك الاعتمادى بالمتغيرات التى تتطرأ على المجتمع، وعلى سبيل المثال أصبح بعضُ العمال فى الدول النامية يعتمدون على المواد النفسيَّة كالمخدرات أو المنشطات أو المهلوسات بعد فترةً من الرواج الاقتصادى المفاجىء.

ثامناً: بلا شك فإن التعاطى والاعتماد يؤثران على المجتمع، فمثلاً يؤد السلوك الاعتمادى إلى الإخلال بالنظام والآداب العامة فى المجتمع، وقد يرتبط تعاطى الخمور بالقتل والاغتصاب والتشرُّد وهجر الأسرة، كما أن تعاطى الخمور حد

الاعتماد يُضعف من القدرات الإنتاجية ، ويقلل من الاهتمام بالمصالح ، كما أنَّه يُسفر عن طلب الكسب لإرضاء الشهوة واللَّذة أكثر من إعالة الأسرة والإنفاق عليها .

الشخصية الإنسانية .. وعملية الاعتماد :

بالرغم من أن تعاطي المواد النفسية المحدثة للاعتماد تعتبر ظاهرة متعلقة بالعادات الاجتماعية للإنسان، إلاَّ أنَّه بالبحث عن أسبابها يتبين لنا نوعان من الأسباب المحدثة لها ، نذكرهما كالتالى :

١ - الأسباب المُهيئة داخلياً فى الإنسان ، وهى مرتبطة بشخصية الإنسان، وتنشئته ، والظروف البيئية المحيطة به .

٢ - أسباب التعاطى للمرَّة الأولى مثل : علاج الألم ، أو التجربة ، أو توفر مادة الاعتماد ، بالإضافة إلى بعض الأفكار الخاطئة حول الاعتماد سيما ما يتعلق بالجنس أو القدرة على الإبداع .

من هذا المنطلق سنحاول إلقاء الضوء على شخصية الإنسان، والوصول إلى الشخصيَّة اللاسوية التى يمكنها أن تتعاطى - بسهولة - أىَّ مادة نفسية تُقدم إليها ، ومن ثمَّ قد تصل لحد الاعتماد ، ثم نُحدِّد الملامح الرئيسه للشخصية المعتمدة .

أسباب انحراف الشخصيَّة :

هناك بالطبع أسباب فطرية أو خلقية أو وراثية ، وهناك أسباب نفسية يمكن أن ترجع لمرحلة الطفولة حيثُ عدم الاستقرار العاطفى ، والخلافات المستمرة بين الوالدين ممَّا يشعر الطفل بعدم الأمان. وعدم تقديم العطف والحب بالدرجة المتوازنة للأطفال ، مع التدليل المُبالغ فيه .

والشخصية المريضة أو المنحرفة قد تكون شخصية عاجزة أو سلبية ، تفشل فى أي عمل تُكلف به ، بحيث لا يمكن الاعتماد عليها ، ومن ثمَّ تركن إلى التعاطى فى محاولة منها لتغطية هذا العيوب .

وهناك شخصية تبغى المثالية المطلقة (وهذا بالطبع نادر الحدوث) ، فهى تحبُ أنْ تصنع كل شىء بغاية المثالية ، وهى تتصف بالحساسية المفرطة ، والخجل ، والشك ،

وبالتالى عدم الثقة فى نفسها، وهذه صفات أو سمات تبعث على الاكتئاب، والخروج من دائرة الاكتئاب (عند البعض) قد يتطلَّب تعاطى المواد النفسية المحدثة للاعتماد كالمخدرات مثلاً.

وقد تكون الشخصية المنحرفة هي شخصية يُطلق عليها «البارانوية» والبارانويا Paranoia هو خلل عقلى وذهنى يتميَّز بتطور بطيء لدى الشخص لأوهام وأهذية تتعلق بالاضطهاد أو العظمة أو بالاثنين معاً. وتتَّسم هذه الأوهام بصفة منطقية وحسنة التنظيم، وتتخذ لدى الفرد طابع المرض النفسى، فيكون مصاباً بعقدة الاضطهاد ، أو أنَّه يدَّعى لنفسه العَظمة[1] وهى شخصية تتصف أيضاً بالعداء تجاه الآخرين، وأنَّها دائمة الشكوى، غير واقعية على الإطلاق، وليس لها مشاعر تُذكر تجاه الآخرين.

وهناك أيضاً الشخصية غير الناضجة انفعالياً، وهى التى لا تتجاوب مع المؤثرات والأحداث بما يناسبها، أي بما يناسب حجمها وأهميتها، وهى التى يمكن أن يُقال عن صاحبها أنه «عصبى المزاج» ، وهى بالطبع شخصية قد يصل بها الأمر إلى التعاطى ثم الاعتماد.

تشخيص حالات التعاطى والاعتماد :

بالطبع يمكننا التعرف على شخصية المتعاطى من عدة تغيرات وعلامات تطرأ أو تظهر عليه، سوف نلقى الضوء عليها بكل وضوح، لأنَّ هذا يُعد من قبيل الاكتشاف المبكر لحالات التعاطى والاعتماد ، وهو الأمر الذى يُسهل عمليات العلاج.

ولكن نود أن نؤكد أنَّه لا يجوز الجزم بأن هناك حالة تعاطى أو اعتماد أكيدة بمجرَّد ظهور بعض الأعراض الجسمانية ، أو حدوث بعض التغيرات السلوكيَّة، لأن الأمر فى النهاية يتعلق بالصورة الكلية للفرد، والتغيرات الواضحة الجلية التى تظهر

(١) موسوعة علم النفس ، مرجع سابق، ص ٥٨ (بتصرف).

بالفعل على مختلف الأصعدة الجسمانية والنفسيَّة والذهنية والسلوكيَّة والصحية والاجتماعية والاقتصادية ، وهو ما سنقوم بعرضه على الصفحات التالية .

أولاً : التغيرات والعلامات الجسمانية :

الأعراض الجسمانية للمتعاطى تكون واضحة على مستوى المظهر ، أو مستوى السلوك فالمتعاطى يحاول دائماً التماسك كى يخفى حقيقة تعاطيه ولكن نادراً ما يحدث هذا ، فالعينان مثلاً تبدو للجميع حمراوين وزائغتين وخابيتين ، والوجه مكسو بالذبول والصفرة القاتمة ، والبدن يعتريه حالةٌ من الضَّعف والهزال ، وبالتالى تكون حركاتهُ منهكة وخائرةً ، وشهيته للطعام مفقودةٌ تماماً ، لدرجة أنَّه لا يقوى على النظر إلى الطعام!!

وأسلوب سير المتعاطى يتميَّز بخطوات غير مستقيمة ، أو مترنحة ، فهو لا يستطيع السيطرة على ساقيه وقدميه ، فتبدو حركته مهتزة وكأنه يتمايل قليلاً نحو الأمام أو الخلف . بل إنَّه قد يُصاب بانعدام تامٍ فى الوزن ، مصحوب بشرود بالغ ، لكنه لا يعبأ بذلك ولا يهتم ، لأنَّه دائم التفكر فى كيفية الحصول على تلك اللحظات التى تنتابه فيها الأحاسيس الزائفة بالسعادة والنشوة . ولذلك فإنَّ مظاهر الاستهزاء أو الاستهجان أوالسخرية أو الزجر لا تُثير فى نفسه أية استجابة لها ، إذ أنَّ الكرامة والكبرياء واحترام الذات والاعتداد بالنفس لم تعد - بكل أسف - ضمن اهتماماته ، فأمنياته تتبلور حول ضمان الحصول على المادة النفسية التى يتعاطاها .

وإذا كان النومُ راحة وتجديد للنشاط بالنسبة للشخصيات السوية ، فإنَّه عذابٌ بالنسبة للشخص المتعاطى ، وإذ أنه زاخر بالأحلام المزعجة المؤرقة ، فالعقلُ الباطنُ لا يُفرز فى هذه الحالة سوى التجارب الكريهة والمواقف المأسوية . ولذلك فهو لا يعدُّ نوماً بالمعنى المفهوم للكلمة ، لأنَّ المتعاطى يستيقظ منه مجهداً ، فيشعر بهبوط مفاجىء فى أعقاب الاستيقاظ إلى درجة السقوط على الأرض . وغالباً ما يلجأ المتعاطى للتخلُّص من هذه الحالة عن طريق تناول قرص منشط ، لكن يقظته هذه لا تكون يقظة حقيقية . وتمضى الأيام بالمتعاطى وهو فى حيرةٍ مريرة بين إقباله على

المخدر والمنشط، فى حين يتداعى الجسد، وينهار البدن، وتتلاشى الصحة تدريجياً بين هذا وذاك(١).

ومن العلامات الجسمانية الأخرى التى تظهر على المتعاطى ما يلى:

- اللامبالاةُ والتعب الشديد.
- دوار وضغط فى الرأس.
- إحساس مرتفع للمس والضوء والألم.
- سيلان أنفى.
- سعال جاف.
- اضطرابات فى المعدة والأمعاء.
- شعورٌ شديدٌ بالجوع وبشكل خاص للحلويات.
- توسع أو ضيق شديد فى حدقة العين.
- حكة مستمرة فى الجلد.
- جروح وتقيحات فى الأطراف.

ثانياً: التغيرات والعلامات السيكولوچية:

الحالة العصبيَّة للمتعاطى تزداد سوءاً، فيسيطر الاندفاع على تصرفاته، والتهور على حركاته، وتنتابه جرأة غير معتادة أو متوقعة تصل لحد الصفاقة، ويتفوه بألفاظ جارحة لم يكن متعوداً عليها قبل التعاطى، خاصة إذا كان من بيئة ذات سمعة طيبة.

ومع تفاقم الحالة تبدو فى الأفق بوادر الصرع والتشنج والهياج الشديد، هذا إن لم يحصل المتعاطى على الجرعة المعتادة والتى تتزايد بمضى الأيام، وكذلك الأرق المستمر والمتواصل ثم يعقبه نوم «متصل» أيضاً، ويقظته ليست يقظة بمعنى الكلمة، إذ

---

(١) نبيل راغب: شباب اليوم - المشكلات والحلول، القاهرة: المجلس الأعلى للشباب والرياضة، ١٩٩٥م، دليل القادة، ص ٢٦ (بتصرف).

يسودها الكسل، وضيق الخلق، والعويل، والتسكع فى الطرقات بلا هدف أو مبرر، وقد يصل به الأمر حد التنقل بين مختلف القرى أو المدن وذلك عندما يفقد عقله القدرة على توجيهه[1].

وليس للمتعاطى إحساس محدد يسيطر عليه، بل هو خليط مشوش متضارب من شتى الأحاسيس المتناقضة والمتلاطمة مثل: التشنج، والرَّعشة، والتبلد، والخوف، والقلق، والسعادة الزائفة، وغير ذلك من الأغراض التى تحتاج إلى جرعات متزايدة من المواد النفسية المحدثة للاعتماد. بل إنَّ المتعاطى فى كثير من الأحيان لا يستطيع أن يمسك بيده المرتعشة أى شىء يُقدم إليه، وذلك بعد أن فقد القدرة تماماً على العمل الإيجابى المثمر الذى يتطلب حيوية لم يعد يملكها[2].

هذا، وهناك أعراض نفسية أخرى تتبدل لدى هؤلاء الأشخاص الذين يتعاطون المخدَّرات أو الخمور أو المنشطات أو المهلوسات نعرضها كالتالى:

- اختلال أشكال المرئيات والمسافات.
- المعاناة من الهلوسة الحسيَّة.
- عدم الاستقرار الانفعالى.
- فقدان القدرة فى السيطرة على الانفعالات.
- الانفصام فى العلاقات الاجتماعية مع الآخرين.
- الإحساس بالثقة الزائدة فى النفس.
- القيام بأعمال لا طائل منها ولا هدف.
- تبلُّد المشاعر والأحاسيس.
- فقدان القدرة على التمتع بهوايات صحية ومقبولة اجتماعيًّا.

(١) شباب اليوم، المشكلات والحلول، مرجع سابق، ص ٢٥ (بتصرف).
(٢) المرجع السابق، ص ٢٦ (بتصرف).

- الشعور بالسعادة الغامرة عند حضور مناسبات اجتماعية تُقدم فيها المواد النفسية المحدثة للاعتماد كالمخدرات أو الخمور . . إلخ .

- التعرض بسهولة للإصابة بالأمراض العقلية، لا سيما «الذهان»[1] .

ثالثاً : التغيرات والعلامات الذهنية :

أسلوبُ نطق المتعاطى - دائماً - ما يكون غريباً وغير مألوف، فكلماته تكون فى أغلب الأحوال ممطوطة، واللسان ثقيل، إذ يبدو وكأنه يحركه فى فمه بمشقة وجهد، ولذلك فإنَّ الألفاظ تخرج بطيئة ، بنبرات غير واضحة وغير صحيحة . أمَّا إذا كانت جرعة المادة النفسية المحدثة للاعتماد مضاعفةً أو زائدة فإنَّ المتعاطى يفقد القدرة عل يالتركيز والترابط فى الكلام، ويبدو فى حديثه وكأنه فى حالة نُعاس شديدة وغير قادرة على مقاومة رغبته الملحة فى النوم . ولذلك - غالباً - ما يبدو المتعاطى وكأن رأسه على وشك السقوط على صدره!![1] .

وعادة ما يُهمل المتعاطى دراسته فيتغيب عن دروسه ومحاضراته بعد أن فقد القدرة على المتابعة والاستيعاب . وإذا كانت المدرسة أو الجامعة تُشكل مجتمعاً صغيراً يتطلب علاقات إيجابية بين الزملاء، لذا فالمتعاطى لا يختمل مثل هذا المجتمع الذى يشكل عبئاً على شروده الذهنى فيلجأ إلى الإنزواء والأنطواء، ومن ثمَّ هجرة المدرسة أو الجامعة إلى حيث يتلقفه أصدقاء السوء ليقضوا على البقية الباقية منه . ولَمَّا كان مصروفه الشخصى - إذا كان طالباً - أو راتبه الشهرى - إذا كان عاملاً أو موظفاً - لا يكفى ، فإنَّه يبدأ فى مطالبة من حوله لكى يمنحوه المال الذى يبغيه بغرض الإنفاق على المواد النفسية المخدرة أو المهلوسة أو المنشطة ، بصرف النظر عمَّا إذا كانوا قادرين على تلبية مطالبه تلك أم لا!!

(١) الذهان PSTCHGOSIS يقتصر استخدام المصطلح على الأمراض العقليَّة ، سواء أكانت وظيفية المنشأ، أم عضوية المنشأ . ويُقصد بالذهان العضوى ORGANIE PSYCHOSIS تلك الأمراض العقلية التى تُصيب الفرد، وتنشأ عن أسباب عضوية أي تلف فى الأعضاء وليس اضطراباً فى وظيفة هذه الأعضاء، والأمراض الذهانية العضوية يمكن أن تنشأ من أمراض الجهاز العصبى مثل تسمم الجهاز العصبى نتيجة للاعتماد . أمَّا الذهان الوظيفية FUNCTIONAL PSYCHOSIS ، فهو حالة مرضية وظيفية عقلية ، وهو يظهر حين يكون الواقع مؤلماً إلى حدٍ يعجز معه الفرد على مواجهته نفسًا .

(٢) شباب اليوم ، المشكلات والحلول، مرجع سابق، ص ٢٤ (بتصرف) .

ولَّما كان ذهنه مغلقاً ، وقدراته العقليَّة فى عطب، فإنَّ تفكيره لا يسعفه من قريب أو بعيد على مدارسة الواقع، وظروفه، وحيثياته ، ولذلك نراه يدخل فى تصرفات سلوكية تتصف بالعصبية ، والثورة، والهياج وقد تصل هذه التصرفات حد ضرب أفراد الأسرة، أو تحطيم الأثاث، أو إتلاف الممتلكات . وأحياناً يلجأ إلى السرقة فتبدأ الأشياء غالية الثمن كالمجوهرات مثلاً فى الاختفاء من المنزل، أمَّا إذا عجز فى الحصول على ما يريده داخل المنزل فإنَّه يلجأ إلى هذا الأسلوب المشين خارج المنزل وهو غير مبالٍ بالنتائج المترتبة على أفعاله هذه.

رابعاً : التغيرات والعلامات السلوكية :

لأنَّ المتعاطى يعيش عالماً تزاد فيه عزلته عن الآخرين وتقل بالتالى مشاركته الاجتماعية والوجدانية فإنَّه يضطر فى أغلب الأحوال إلى إخفاء سلوكه الاعتمادى عن الآخرين، ولذلك لا تسعفه إلا سلسلة متتابعة من الأكاذيب والمراوغات والاختلاقات يستهل بها أقواله حتى يعتادها لتكون جزءاً مهماً وأساسيًّا من سلوكياته.

ويبدأ المتعاطى غالباً بالتدخين، والجدير بالذكر أن ظاهرة تدخين التبغ (السجائر) قد حظيت باهتمام واسع ومُتعدد الجوانب من قبل الباحثين ، والهيئات العلمية المخالفة فى العديد من دول العالم. ويرجع هذا الاهتمام إلى ثلاثة أسباب رئيسية هى:

أولاً: ما يترتب على التدخين من أضرار صحيَّة خطيرة، لا تقتصر على المدخنين فحسب ولكن تمتد بمضارها فى كثير من الأحيان إلى الأفراد الآخرين المخالطين لهم، نظراً لتلوث هواء البيئة بالدخان المتصاعد من التبغ المحترق، والذى يحتوى على العديد من المواد الضارة.

ثانياً : ما كشفت عنه الدوائر العلمية من أن تدخين (السجائر) يُعد ضمن المواد المؤثرة فى الجهاز العصبى المركزى الذى يمكن أن تُحدث حالة من الاعتماد ، فقد لوحظ صعوبة إقلاع معظم المدخنين من عادة التدخين.

ثالثاً : ما تبيَّن من العديد من الدراسات الميدانية، العالمية والمحلية، من أن تدخين السجائر يعتبر فى كثير من الحالات المدخل المبكر أو (بوابة العبور) إلى تعاطى المواد النفسية المحدثة للاعتماد . فقد كشفت سلسلة الدراسات الميدانية التى أجراها البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات بالمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية على مدار العشرين سنة الماضية، وعبر عينات تمثلُ قطاعات مختلفة من المجتمع المصرى. أهمها تلاميذ المدارس الثانوية العامة والفنية (بنين) ، وطلاب الجامعات من الجنسين، وعمال الصناعة (الذكور) العاملين بالقطاع العام، أنَّ احتمالات تعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد بأنواعها المختلفة تزيد بشكل جوهرى بين المدخنين عنه بين غير المدخنين. فعلى سبيل المثال تبيَّن من الدراسة التى أجريت على تلاميذ المدارس الثانوية العامة أنَّ نسبة مدخنى السجائر بين متعاطى المواد النفسية المحدثة للاعتماد (الطبيعية مثل الأفيون والحشيش) ٣, ٦٠٪ فى مقابل ٦, ٧٪ فقط من غير المتعاطين، وكذلك الحالُ فيما يتعلق بالمواد النفسية الأخرى[1].

كما كشفت هذه الدراسات عن أنَّ احتمالات التعاطى تزداد أيضاً كلَّما انخفض العمر الذى بدأ عنده الفرد فى تدخين السجائر. وكلما ازداد عدد السجائر المدخنة يوميًّا. ولهذا يمكننا القول: إن تدخين السجائر يُعد مؤشراً هاماً ينبيء باحتمالات مرتفعة للإقبال على تعاطى المواد النفسية المحدثة للاعتماد على كافة أنواعها وأشكالها، وبالتالى يُصنف كل من يمارس هذا السلوك ضمن ما يُسمى بالجامعات المستهدفة للتعاطى ومن ثمَّ الاعتماد، والتى يجب أن تُقدم إليها برامج الوقاية الأولية.

خامساً : التغيرات والعلامات الصحية :

يُعانى المتعاطى من اضطرابات صحية ، فيفقد شهيته للطعام، وينقص وزنه، كما تضطرب حواس وإدراكه للواقع المحيط به، ويختل نظام النوم واليقظة وإيقاع الأنشطة اليومية . كذلك يتدهوَّر أداؤه فى كافة المجالات، وتنخفض قدرته على التفكير السريع، أو اتخاذ القرارات الصائبة.

(١) الإدمان ، أوهام ، أخطار، حقائق، مرجع سابق، ص ٧٥ (بتصرف).

وإذا كان عاملاً فإن مستواه الإنتاجي يتناقصُ باستمرار، كما تتدهورَ درجاته التحصيلية إذا كان طالباً، ويتكرر غيابه غير المبرر من المدرسة، مع إهمال واجباته اليومية، بل ويمكن العثور على آثار الحقن الوريدى فى ساعديه.

كما يلاحظ على المتعاطى إحمرار العينين بسبب تمدُّد الأوعية الدمويَّة، وانخفاض الدم، وعدم القدرة على التوازن الحركى، وسرعة دقات القلب، مع ميل مستمر فى تناول الحلوى بسبب نقص السكر فى الدم.

وقد يظهر أثر المخدر أو المنشط بالتحليل المعلمى، فلقد أصبح الآن سريعاً وبسيطاً، ولا يعتمد إلاَّ على فحص عينة من البول دون حاجة إلى متخصص لأخذ عينة من الدم، ممَّا يُسهل الأمر على الأسرة.

سادساً: التغيُّرات والعلامات الاجتماعية:

تتزايد عصبيَّةُ وتوتُّر المتعاطى عن ذى قبل، ويصبح سهل الاستثارة، وعدوانياً وشديد الحساسية، كما ينسحب من جوٍّ وأنشطة الأسرة، ويصبح أقل تعاوناً، وأكثر غضباً واكتئاباً، وينعزل كمَّن يخفى سراً يخشى افتضاحه، وقد يُصاحب ذلك العثور على بقايا المواد الدالة على التعاطى كزجاجات العقاقير أو لفافات السلوفان أو الشفرات وغير ذلك.

كما يتخلى المتعاطى تدريجياً عن أصدقائه القدامى الملتزمين الجادين، ويلتقى بنوعية جديدة من أصدقاء السوء الذين يشاركونه التعاطى، وينشغل بهم إلى حد نسيان المناسبات العائلية العامة كأعياد الميلاد ونحوها مختلقاً الأعذار الواهية سواء للتغيُّب عنها أم لقضاء أطول وقت خارج المنزل بعيداً عن رقابة الأسرة، وتتغيَّر عاداته ولغته وأخلاقه تبعاً لذلك، فيصبح أقل حياء ويستخدم فى ألفاظه تعبيرات بذيئة لم يكن يستخدمها قبل ذلك، وقد يهمل مظهره بصورة لافتة.

والمتعاطى نراه يفقد احترامه لذاته ولمكانته الاجتماعية، إذ يمكن للشخص الذى كان مرموقاً قبل التعاطى أن يجالس السوقة دون أي حرج، بل نراهم يستغلون الفرصة فى التنفيس عن مركبات نقصهم وعُقدهم فيتعمدون إهانته والسخرية منه،

وهو لا يعترض بل يحاول مجاراتهم. والأحاديث التى تدور بين هؤلاء المتعاطين لا تدور حول أي موضوع مُحدد، بل يستمر كل من الجالسين فى الحديث دون معنى أو هدف أو مغزى، وبرغم عدم جدوى مثل هذه اللقاءات أو التجمعُّات ، فإنَّ المتعاطى يجد نفسه مرتبطاً بهؤلاء ارتباطاً حميماً بحيث يعجز عن مقاومة الدافع المُلح داخله بالتردد عليهم ومجالستهم ، وبذلك تتحوَّل حياته كلها إلى عبث وضياع[1] .

والأمر لا يقتصر على الجلسات الشاردة الباهتة، بل يتحوَّل فى بعض الأحيان إلى مشاجرات دموية تؤدى إلى إصابات خطيرة، وربما إلى الموت، خاصة بين الشباب ، فعندما يتراجع العقل عن قيادة الإنسان، فإنَّ أي اختلاف فى الرأى ، من شأنه أن يؤدى إلى عواقب وخيمة فالاعتماد هو العدو الأول للسوك الاجتماعى السوى، والوعى الناضج العميق. فهو يؤدى إلى فقدان القدرة على التحكم فى التصرفات التى لابد أن يندم عليها المتعاطى فى فترات استعادته للوعى لكنه ندم بلا عائد أو طائل.

وأحياناً يمنحُ المنشط أو المهلوس جرأة غير طبيعية تدفعه إلى التهجُّم على من هو أكبر منه سنًّا ومقاماً وإهانته إهانات بالغة. فالمتعاطى لا يعرف لنفسه حدوداً بحيث يتراوح سلوكه بين شتى الأضداد والمتناقضات، فأحياناً ينطوى على نفسه تماماً ولا يكاد أحد أن يشعر بوجوده، وأحياناً أخرى يتحول إلى بركان يلقى بحممه على كل من حوله، خاصة إذا تعلق الأمر بالحصول على المال اللازم لشراء المواد النفسية المحدثة للاعتماد[2] .

سابعاً : التغيرات والعلامات الاقتصادية :

يُلح المتعاطى فى الحصول على المال بأية طريقة ، مشروعة وغير مشروعة، يرجع ذلك إلى اضطرار المتعاطى إلى زيادة جرعته مرتين فى اليوم على الأقل لأن متوسط مفعول الجرعة فى الجسم لا يتعدَّى سبع ساعات.

(١) شباب اليوم المشكلات والحلول، مرجع سابق، ص ٣٠ (بتصرف).
(٢) المرجع السابق، ص ٣١ (بتصرف).

إنَّ الاعتماد من وجهة نظرنا يمثل خراباً اقتصادياً، ذلك أن أسعار المخدرات أو المنشطات أو المهلوسات فى ارتفاع جنونى مستمر، إذ يبلغ ثمن القرص الواحد أكثر من سبعة جنيهات ، وقد يصل سعر القرص من الأنواع النقية الفعالة إلى أربعين جنيهاً، كذلك فإنَّ شمّ الكوكايين أو الهيروين قد يصل إلى ستين أو سبعين جنيهاً (للتذكرة) أو المرَّة الواحدة (هذه حسب أسعار أوائل التسعينيات من القرن المنصرم)، فمن أين للمتعاطى أنّ يحصل على كل هذا المال الذى نعتبره عبئاً اقتصاديًّا فادحاً حتى لو كان جالساً على جبل من الذهب!! لذلك يجدُ نفسه متورطاً فى جرائم لم تكن تخطر على باله من قبل كالسرقة والاحتيال والقتل أو ترويج وبيع المواد النفسيَّة للحصول على المال اللازم.

وقد شهدت السنوات الأخيرة من المآسى بسبب انتشار ظاهرة التعاطى وتفشيها، فلقد انهارت بيوت ، وأفلست متاجر ، ولجأ أبناء الجاه إلى التسول، وبنات العز إلى الدعارة!!

ولا شك أن مصر أصبحت سوقاً حديثة لترويج المواد النفسية التخليقية مثل: «الماكستون فورت» ، و«الماندريكس» ، و«الموتولون» ذات الأسعار الفادحة، لكن عندما يعجز بعضُ المتعاطين عن الحصول على المال اللازم لها فإنَّه يتكالب على الصيدليات لشراء أدوية الكحة والقلب والكلى!!

• الفصل السادس •

الاضطرابات النفسيَّة والعصبيَّة المترتبة على تعاطي المواد النفسيَّة المخدرة

تمهيد

نعالج فى هذا الفصل أهم الاضطرابات النفسيَّة والعصبيَّة التى تترتب على تعاطى المواد النفسية المخدرة. وفى هذا السياق سوف نقتصر الحديث على رصد أهم التغيُّرات التى تطرأ على الوظائف النفسيَّة والعقلية كالانتباه والإدراك والذاكرة. . إلخ وأهم الآثار الناتجة عن التعاطى بالنسبة لعمل وطبيعة المخ البشرى، كذلك أهم التغيرات السلوكية.

وننوه بأننى سأعرض لتلك المواد النفسية المخدرة بحسب ما جاء فى الجدول رقم (١) الخاص بتصنيف تلك المواد :

الأفيـــون:

تُرجح بعض الدراسات الحديثة أنَّ معتمدى الأفيون يُعتبرون فى جملتهم مجموعة هشة أو مستهدفة أكثر من الأشخاص الأسوياء للإصابة بمرض الاكتئاب Depression والاكتئاب يعنى عند الشخص العادى غالباً الإحساس بالحزن وسوء المزاج، ولكن حالات الاكتئاب فى الطب العقلى قد تتضمَّن نواحى مُتعددة : وجدانية، وسلوكية، وجسمية، بالإضافة إلى الإحساس بالحزن والأسى، مثل التوتر والقلق والشعور بالندم والأرق واختلال الهضم والعجز الجنسى والإحساس بالتعب. أو مثل هبوط الذهن والحركة وبطئهما ، بالإضافة إلى بعض الأعراض الذهانية الأخرى كالخيالات والهذاءات وتوهُم المرض والميل للانتحار. وللاكتئاب ثلاثة أنواع هى:

١ - اكتئاب تفاعُلى Reactive كردّ فعل لظروف خارجية مثل: موت شخص عزيز أو فقدان ثروة، فيقال: أنَّه اكتئاب خارجى، أي خارجى المنشأ، فهو بمثابة رد الفعل الطبيعى للعوامل البيئية Environmrntal.

٢ - حالات انقباض أو اكتئاب راجعة إلى عوامل نفسيَّة فردية غير شعورية، يحس فيها المريض بالحزن والأسى وغيرهما دون أن يدرى مصدر إحساسه الحقيقى، ويعرف بالاكتئاب العُصابى Neurotie .

٣ - وهناك حالات اكتئاب ليس لها سببٌ شعورى أو غير شعورى يفسرها، ولكنها راجعة إلى اضطراب فى الجهاز العصبى المركزي، فيوصف الاكتئاب بأنَّه داخلى، أي داخلى المنشأ Endogenous ، وهذا هو الاكتئاب الذهانى الحقيقى الذى نلاقية فى المصابين بالأمراض العقلية الاكتئابية، ولدى بعض أصحاب الشخصيَّة المتراوحة Cyclothmic[١] .

وتشير بعض البحوث كذلك إلى غلبة العوامل المهيئة للسلوكيات الانتحارية بين معتمدى الأفيونات[٢] .

وتتفق هذه البحوث ذات الطابع الإكلينيكى - التى أُجريت على معتمدين أمركيين يعيشون فى الولايات المتحدة الأمريكية - فى نتائجها العامة ، مع بحوث ذات طابع أنثروبولوجى أُجريت على متعاطين تايلانديين يعيشون فى المناطق الجبلية الممتدة من هضبة شان فى بورما إلى شمال تايلاند ولاوس (وهى المناطق التى تُسمى باسم المثلث الذهبى، وهى تمدُّ العالم بأكبر قدر من الأفيون)، إذ تشير هذه البحوث الميدانية إلى أنَّ أهالى هذه المنطقة يدخنون الأفيون فى ظروف الأسى أو الحزن الشديد الناجم عن فقدان الأعزاء كالزوجات والأطفال[٣] .

المورفين :

يؤثر سلباً على مراكز المخ الحيوية خاصةً مركز التحكم فى التنفس حيث تكثر مستقبلاته هناك بشكل ملحوظ، وتتسبَّبُ هذه الخاصية فى معظم حالات الوفاة الناجمة عن استعماله بجرعات زائدة وبدون إشراف طبى مباشر[٤] .

(١) وليم الخولى : الموسوعة المختصرة فى علم النفس والطب العقلى ، ط ١، القاهرة ، دار المعارف، ١٩٧٦م، ص ١٣٧ ، ص١٣٨ (بتصرف).

(٢) Moore, J. T., Judd, L.L., Zung, W.W. K & Alexande, R.G. Oppiate add - iction and Suicidal behaviors , Amer. J. Psychiatry, Sept . 1079.

(٣) Sumanwela, C., Poshyachinda, V. Tasanapradit , P.& Dharmkrong - At, A. The hill tribes of thailand, Their opium use and addiction, Bulletin on Narcotics , 1978, 3012, 1-2.

(٤) الإدمان ، مرجع سابق، ص ١٢٤ .

الهيروين :

تشيع أمراض الصدر عند تعاطى الهيروين، وربَّما تعزى إلى مصاحبة تعاطى الهيروين بالتدخين، وهذا يُفسر أيضاً «الأرق» الذى تشيعُ الشكوى منه وبخاصَّة خلال فترات الانقطاع عن التعاطى التى يزداد خلالها التدخين بشكل حاد. وكذا فإنَّ ما يتناوله الشخص من كميات كبيرة من الشاى أو القهوة قد يُحدث الإثارة أو الأرق خلال الفترات التى ينقص خلالها تعاطى المُخدر(١).

و«الأرق» Asomnia يُعتبر أحد الأعراض المميزة لكثير من الاضطرابات النفسيَّة والعقليَّة، وهو يظهر بسبب انشغالات الفرد الزائدة بمشكلاته وهمومه أو نتيجة صراعاته التى يفقد بسببها القدرة على وضع حلول لها أو خفض حدة التوتر المستغلة فى هذا الصراع. وقد يظهر الأرق بسبب تعوّد الفرد على تعاطى أدوية أو عقاقير مُهدئة أو منومة بحيث يُصبح مُعتمداً عليها فسيولوچيّاً ونفسيّاً، ويفقد بالتالى قدرته على الاسترخاء والنوم الطبيعى. كما يظهر الأرق ويمتنع النوم فى بعض الأمراض السيكوسوماتية والجسيمَّة ، كما يبدو الأرق أيضاً فى حالات الاعتماد على المواد النفسية بحيث لا يتحقق النوم إلاَّ بعد تعاطى هذه المواد، لأنَّ الجسم أصبح معتمداً فى توازنه المضطرب على المخدرات(٢).

وفى بحث أُجرى على ثمانى صبية يعتمدون على الهيروين وجد حدوث ضمور فى المخ فى ست حالات منهم(٣).

المنومات :

الباربيتورات :

لم تعد الكثير من المراجع المتخصصة تفرد باباً خاصاً للحديث عن الآثار النفسيَّة والسلوكية للباربيتورات، ولكنها أصبحت تُفضل الحديث عن هذه المواد تحت عنوان

(١) الهيروين والإيدز وأثرهما فى المجتمع ، مرجع سابق، ص١٠٣.
(٢) موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، مرجع سابق، ص ٧٣ (بتصرف).
(٣) جريدة الأهرام القاهرية ، الصادرة بتاريخ ٩ من ديسمبر ١٩٨٨م.

أوسع هو (المخمدِّات والمنومات) لتجمع معها تحت هذا العنوان العريض مجموعات مختلفة من المواد النفسية.

عموماً فإن وجهة النظر السيكوفيزيولوجية ترى أن التأثير الرئيسى الذى تتشابه فيه هذه المواد جميعاً هو قدرتها على إعاقة توصيل الشحنات العصبية ممَّا يجعلها قادرة على إطالة مدة النوم المتواصل لدى متعاطيها، مع تقصير مدة الأرق السابق على بدء النوم، كذلك فإنَّها تقصر مدة النوم المصحوب بالحركة السريعة لمقلة العين، ومن ثمَّ تعمل على تقصير مدة النوم المصحوب بالأحلام، فينام الشخص نوماً هادئاً، إلاَّ أن هذه الحالة لا تلبث أن تزول مع استمرار التعاطى، وتعود ظاهرة النوم المصحوب بالحركة السريعة للمقلة، ومعها كثرة الأحلام ولمدة أطول من المدة المعتادة عند الأسوياء[1] وقد تأخذ هذه الأحلام شكل «كوابيس»[2] ممَّا يجعل النوم مزعجاً[3].

وعندما نتحدث عن الباربيتورات فإننا سوف ننتقى نوعين منها:

النوع الأول: **الأميتال**، حيث شاع استخدامه بجرعات تتراوح بين عشرين إلى خمسين مجم لعلاج القلق، كما أنَّهُ يعطى بجرعات تتراوح بين مائة إلى ثلاثمائة مجم لعلاج الأرق، هذا بالنسبة للاستعمال العلاجى. أمَّا فى التجريب على الأشخاص الأسوياء فقد لوحظ أن تعاطيه يكون مصحوباً بالتهدئة، ومعها قدر من تغييم الفكر، كذلك لوحظ تأثر عدد من الوظائف فزمن الرجع للمنبهات البصرية يبطىء، كما يختل تآزر اليدين، ويختل ثبات الجسم فى وقفته[4].

(١) تصل مدّة النوم المصحوب بالأحلام عند الأسوياء إلى حوالى ٢٥٪ من مجموع طول مدة النوم، أمَّا فى هذه الحالة التى أشرنا إليها فقد تصل إلى ٥٠٪ من مجموع مدة النوم.
المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، مرجع سابق، ص١٢٩.

(٢) كاوب Nightmare حلم مفزع يكابد فيه النائم مشاعر الرُعب والفزع والخوف الشديد، وقد يكون مصحوباً بانفعالات قوية للحزن أو الغضب أو الخوف، وغالباً ما يستقيظ النائم من شدة القلق والإزعاج الذى يسببه له الكابوس، والكابوس المتكرر دلالة على اضطراب نفسى.
موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، مرجع سابق، ص ٦٤٥.

(٣) Arif & Westermeyer 1988, P.141.

(٤) المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، مرجع سابق، ص ١٢٩.

أمّا بالنسبة للنوع الثانى فهو : السيكونال، فإنَّ تعاطيه يؤدى إلى انخفاض كفاءة الأداء على عدد من الاختبارات العملية وخاصّةً الاختبارات التى يحتاج أداؤها إلى انتباه لحظى مكثف(١).

(١) Essman, W.B. Psycopharma cology , In Handbook of abnormal Rsychology , H.T. Eysenck ed., London : Pitman 1973, 2nd ed., 755-804.

• الفصل السابع •

الاضطرابات الصحيَّة المترتبة على تعاطي المواد النفسيَّة المخدرة

تمهيد

تناولنا فى الفصل السابق أهم الاضطرابات النفسيَّة والعصبية التى تترتب على تعاطى المواد النفسيَّة المخدرة بكافة أنواعها وأشكالها ، وفى هذا الفصل سوف نتناول بالحديث أهم الاضطرابات الصحيَّة التى تترتبُ على تعاطى تلك المواد على أجهزة الإنسان الحيوية كالجهاز الدورى والتنفسى والهضمى . . إلخ . كذلك تأثيرها على الأجنة والأطفال الصغار، وأيضاً تأثيرها على الغدد والهرمونات والجينات، ثم أهم الأمراض التى يمكن أن تسببها هذه المواد النفسيَّة المخدرة، وبالتالى تُهدد حياة الإنسان كالسرطان والإيدز والالتهاب الكبدى الوبائى . . إلخ .

وننوه مرة أخرى بأننا سنعرض لتلك المواد النفسيَّة المخدرة بحسب ما جاء فى الجدول رقم (١) الخاص بتصنيف تلك المواد المخدرة .

الأفيون :

من أخطر الموضوعات التى تناولتها البحوث الحديثة موضوع التأثيرات التى تقع على الأجنَّة لدى الحوامل من النساء المعتمدات على الأفيون، وبوجه عام أصبح انتقالُ هذه التأثيرات من الأم إلى الجنين عبر المشيمة من الحقائق المعروفة .

ويلاحظ فى هذا الصدد أنَّ المرأة التى تعتمد على الأفيون يغلبُ عليها الإهمالُ فى أحوالها الصحية، مما يكون له آثار سيئة على الحمل (إذا كانت حاملاً) وعلى الجنين، وكذلك على عملية الوضع نفسها. وبالتالى تزدادُ فى حالة هؤلاء النساء نسبة المضاعفات التى تصاحب الولادة، من ذلك زيادة حالات الإجهاض، والاحتياج إلى التدخل بالعملية القيصرية ، وحالات الإكلمسيا (أو ما يُعرف أحياناً بالتشنُج الحملى)، وموت الجنين داخل الرحم، والنزيف اللاحق للولادة، والولادات المبتسرة. وقد أمكن رصدُ ما بين ١٠ و ١٥٪ من الحوامل المعتمدات يُصبن بما يُعرف بالتسمم الحملى Taxemia of Pregnancy .

ولَمَّا كان الأفيون المعروض فى السوق غير المشروعة يقع عليه كثير من الغش (بخلطها بمواد قد تكون شديدة الأذى) ، فإنَّ النساء المعتمدات كثيراً ما يتعرَّضن لأخطار تضطرهن (تحت الضغوط الطبية) إلى الدخول فى خبرات «الانسحاب» كما أنهن كثيراً ما يتعرَّضن من ناحية أخرى إلى أخطار الجرعات الزائدة من المخدر. وقد لوحظ قدرٌ من الاقتران بين خبرات الانسحاب التى تمر بها الأمُ واحتمالات ولادة الأجنَّة الميتة[1].

كذلك تشير كثير من البحوث إلى أن حالات سوء التغذية التى تصحب الاعتماد الأفيونى تكون ناتجة أساساً على «الكف» Inhibition الذى يقع على المراكز المخية التى تحكم الشهية والجوع[2].

المورفين:

المورفين يُحدث انخفاضاً فى ضغط الدم الشريانى بدرجات متفاوتة، وله أيضاً تأثير قابض قوى على الأمعاء الغليظة والقولون والعضلات المحيطة ممَّا يتسببُ فى ظاهرة «الإمساك» والتى قام عليها استخدامه منذ القدم فى علاج حالات «الإسهال»، ونظراً لكثافة مستقبلات الأفيون فى مركز القىء بالمخ، فكثيراً ما يشعر المتعاطى بالغثيان ويُصاب بالقىء.

وفى حالات الربو (ضيق الشُعب الهوائية) فالمورفين من المواد المحظورة، حيثُ أنَّ من خواصه إطلاق مخزون خلايا الجسم من مادة الـ «هستامين» التى تقوم بدور مهم فى إحداث حالات الحساسية والهرش وتتسبب فى انقباض جدران الشُعب الهوائية ممَّا يزيدُ الحالة سوءاً. وأخيراً فهو يقلل من كفاءة عناصر المناعة ويشجع على نمو بعض أنواع الأورام الخبيثة[3].

---

(١) المخدِّرات والمجتمع نظرة تكاملية، مرجع سابق، ص ١٠٩.
(٢) المرجع السابق، ص ١١٠.
(٣) الإدمان، مرجع سابق، ص ص ١٢٤، ١٢٥ (بتصرف).

الهيروين :

زودتنا أبحاث حديثة بكثير من الأدلة والبراهين على وجود تلازم بين تعاطى الهيروين وإصابة عضلة القلب، هذه الإصابة القلبية تشملُ احتشاء عضلة القلب والتهابها، والتهاب الغشاء المبطن وقد تم تفسير الإصابات بطرق مختلفة فى أبحاث عديدة ، إلاَّ أنَّ معظم الدراسات السابقة عن تأثير الهيروين على عضلة القلب والجهاز الدورى قد عنيت بالتأثيرات الحادة لهذا العقار ومنها توقف عضلة القلب المفاجئ، والتحلُّل الحاد لعضلة القلب، والهبوط الحاد والمفاجىء أثناء تناول الهيروين، هذا لأنَّ تعاطى الهيروين عن طريق الوريد له علاقةٌ مباشرةٌ بهذه المضاعفات أكثر ممَّا فى تعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد عن طريق الشم والاستنشاق[1] .

وقد قام عدة أطباء منهم الدكتورة «نجلاء أبو العزايم» باجراء دراسة إكلينيكية على مجموعة من متعاطى الهيروين، وكانت خلاصة هذه البحث أنَّ الهيروين يؤدى إلى حدوث أزمات الشريان التاجى الحادة والمفاجئة التى تُسبِّب الوفاة أو الهبوط الحاد والمفاجىء[2] .

وتقول الدكتورة «بهيرة فهيم» أستاذ علم التسمم ومدير مركز علاج التسمم بالقاهرة، أن التسمم بالهيروين هو الخطر القادم، إذ يستقبل المركز نحو ثلاث حالات تسمم بالهيروين أسبوعياً، ويرجع ذلك إلى أن معتمدى الهيروين يصابون بهبوط الدورة التنفسية وتجمع الإفرازات ويصبحون على حافة الموت[3] .

---

(١) أحمد إسماعيل عبدالكريم : المخدرات آفة المجتمع ، الحلقة الرابعة ، مجلة المنهل ، السعودية: دار المنهل الثقافية، سبتمبر / أكتوب ١٩٩٦م ، العدد : ٥٣٥ ، ص ١٢٨ .

(٢) انظر : نجلاء أبو العزايم : التأثيرات القلبية عديمة الأعراض لتعاطى الهيروين عن طريق الشم، مجلة النفس المطمئنة ، العدد ٢٥ .

(٣) جريدة الأهرام القاهرية، الصادرة بتاريخ ٦ أغسطس ١٩٨٥م.

والواقع أن نقص الوزن هو من نتائج سوء تعاطى الهيروين وهذا يُعزى إلى حد بعيد إلى إهمال التغذية، فيؤدى الإهمال فى تناول ألوان مناسبة ومتباينة من الطعام إلى توعك عام أو حتى إلى الإصابة بالغثيان.

أمَّا الإمساك فهو شائع بين من يسيئون تعاطى الهيروين، وهو يعودُ إلى الجمع بين سوء التغذية وبين آثار المخدر على الأمعاء. وقد يؤدى هذا إلى الإصابة بمرض البواسير وغير ذلك من حالات مؤلمة. وقد يعمل نقص الفيتامينات ، والإصابة بالأمراض الجلدية على زيادة القلق، وعلى زيادة الاستعداد للإصابات بعدوى الأمراض ممَّا قد ينتهى إلى إنهيار صحى عام[1].

ويسبِّب الاعتماد على الهيروين ضعفاً جنسياً لدى المتعاطين وذلك لتثبيطه نشاط الغدد الجنسية ، نظراً لأنَّ المورفين وهو المادة الفعالة فى الأفيون، وفى نفس الوقت أحد المكونات الأساسية للهيروين يُسبِّب نقصاً فى إفراز الهرمونات المنهية للغدد التناسلية والتى تفرزها الغدة النخامية أمَّا بالنسبة للمرأة فإن الاعتماد الهيروينى يؤدى إلى اضطراب الدورة الشهرية وضعف الرَّغبة الجنسية[2].

وبالنسبة لتأثير الهيروين على الأجنَّة فقد ثبت التالى:

أولاً : حوالى ٥٠٪ من الحوامل المعتمدات على الهيروين واللاتى لا يتلقين العناية الواجبة أثناء الحمل يفاجأن بالولادات المبتسرة.

ثانياً : تأخرٌ فى نمو الأجنة عند الحوامل من المعتمدات على الهيروين، ولما كان هذا التأخر يستمر حتى إذا وضعت الأم الحامل موضع رعاية غذائية طبية فالراجح أنَّ تأخر نمو الجنين لا يرجع كله إلى سوء التغذية الذى تعانى منه كثيرٌ من النساء ، ولكن بعضه على الأقل يرجع إلى تأثير نوعى للهيروين على نمو الجنين.

---

(١) الهيروين والإيدز وأثرهما فى المجتمع، مرجع سابق، ص ١٠٣.
(٢) إدمان المخدرات رؤية علمية واجتماعية ، مرجع سابق، ص ٨٤ (بتصرف).

ثالثاً : هناك أثر سيىء للهيروين الذى تتعاطاه الأمُ على عمليات الأيض لدى الجنين، كذلك فإنَّ تأثير الهيروين فى هذا الصدد يفوق كثيراً أثر سائر المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد.

رابعاً : فى دراسة طبية إحصائية على ٣٣٧ من الأطفال حديثى الولادة تبين أنَّ متوسط الوزن الذى يولد به الطفل الذى أنجبته أم تتعاطى الهيروين هو ٤٩٠ ,٢كجم، فى مقابل أن وزن الطفل المولود لأم كانت تتعاطى الهيروين من قبل حملها فى هذا الطفل هو ٢,٦١٥ كجم، فى مقابل أنَّ متوسط وزن الطفل المولود لأم سوية غير معتمدة هو ١٧٦ ,٣ كجم.

خامسا : تشيرُ الدراسات التى أجريت على كروموسومات الدم المحيطى لدى الأطفال حديثى الولادة لأمهات معتمدات على الهيروين فى مقابل أطفال حديثى الولادة لأمهات غير معتمدات، تُشير هذه الدراسة إلى الزيادة الجوهرية لمقدار التشوهات الحادثة فى كروموسومات المجموعة الأولى من الأطفال.

سادساً : ولادة التوائم تحدث للأمهات المعتمدات على الهيروين بمعدلات أعلى ممَّا يحدثُ للأمهات غير المعتمدات عليه. وقد تبيَّن منالدراسات أنَّ ولادة التوائم جاءت بمعدل (فى كل ٢٢ حالة ولادة، وهو معدل يفوق نظيره فى الجمهور العام ثلاث مرَّات، والافتراض المطروح هنا هو أنَّه ربمَّا كان من التأثيرات الفارماكولوجية للهيروين تأثير مباشر بالتنشيط يقع على المبيض).

سابعاً : ارتفاع نسبة الوفيات بين الأطفال المولودين لأمهات معتمدات على الهيروين عن النسبة المناظر بين أطفال غير المعتمدات. فنسبة الوفيات بشكل إجمالى (أي بغض النظر عن الحالة الصحية للوليد) بين أطفال المعتمدات تبلغ ٤,٥٪ فى مقابل ٦,١٪ فى أطفال الأمهات غير المعتمدات، فإذا اقتصرنا فى المقارنة على الأطفال منخفضى الوزن فى المجموعتين تبيَّن أنَّ النسبة بين أطفال المعتمدات ٣,١٣٪ فى مقابل ٨٨, ١٠ فى الأطفال المولودين لأمهات غير معتمدات.

ثامناً : أُجريت بعض الدراسات على أشكال ومعدلات النمو لمدة أكثر من سنتين بعد الولادة ، وذلك بين أطفال مولودين لأمهات معتمدات للهيروين مقارنين بأطفال لأمهات غير معتمدات. وتبيَّن في هذه الدراسات أن ٨٠٪ من أبناء المعتمدات كانوا يعانون من أعراض إنسحابية عند ولادتهم . كما أن ٦٠٪ استمرت لديهم هذه الأعراض ولكن بصورة أقل من الحادة لمدة تراوحت بين ثلاثة وستة شهور. هذا بالإضافة إلى وجود اضطرابات أخرى في أطفال الأمهات المعتمدات بنسب متفاوتة، من هذه الاضطرابات النشاط الحركي الزائد، وضيق نطاق الانتباه[1].

ووجود المواد «المغشوشة» في الهيروين مثل: بودرة التلك، والدقيق، والاستريكنين والكينين (وجميعها مواد غير معقمة) فضلاً عن تعاطي الهيروين بالحقن عن طريق الوريد من خلال حقن غير معقمة ، أو تكرار استخدامها دون إعادة تعقيمها، وأيضاً استخدام بعض المتعاطين ماء المرحاض لإذابة مسحوق الهيروين، كل هذا من شأنه أن يؤدي إلى الغزو الميكروبي وإدخال أنواعاً مختلفة من الفيروسات والبكتريا والعوامل المعنية في دم المتعاطي، وبالتالي ظهور أمراض خطيرة وكثيرة منها الالتهابات والانتانات في جسم المتعاطي للهيروين.

والأمراض الجلدية التي تحدث نتيجة التعاطي بالحقن فإنها شائعة وهي تنتج عادةً عن الفشل في حقن المادة كلِّها في الوريد، فالارتشاح بالأنسجة المحيطة بالوريد يؤدي إلى إحداث تهيُّج موضعي، وبخاصَّة عندما تكون الأقراص المحتوية على بودرة «التلك» هي المستخدمة. فالعدوى التي تحدث بهذه الطريقة تتسببُ في ظهور الخراريج في مكان الحقن، أو قد تعمل على انتشار العدوى التي تُسمى بالتهاب النسيج الخلوي بدءاً من تلك النقطة وإلى خارجها . وقد تتفاقم هذه الأمراض إلى حد أنَّها تُحدث أمراضًا مثل : الحُمى وتصبُّب العرق. ومعظم المتعاطين للمواد

(١) Finnegan, L.P. Pathoph ysiological and behavioural effects of the Traansplocental Transfer of narcotic drugs to the Foetuses and nconates of narcotic dependent mothers, Bulletin on Narcotics, 1979, 31/3 & 4, 1-58.

النفسيَّة المحدثة للاعتماد بطريق الأوردة يُعانون من أمراض متكررة بسبب العدوى فى أوردة الذراعين والساقين ، ولكنها تكون أمراضاً غير خطيرة نسبياً. بيد أنَّها يمكن أن تنتهى إلى انسداد فى الوريد قد يُشفى وقد لا يُشفى، فالشخص الذى يتعاطى المُخدر أو المنشط بالحقن لفترة طويلة قد يستنفذ معظم أوردته بهذه الطريقة(١).

أمَّا التهابُ الكبد Hepatitis فهو من الممكن أن يحدث بوسائل متباينة من بينها تعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد التى لها تأثير سام ومباشر على خلايا الكبد، والعدوى بالطفيليات أو البكتريا أو الفيروسات ، وعندما يُصاب فردٌ بالتهاب الكبد ويكون من المتعاطين للهيروين عن طريق الوريد ، فمن المحتمل أن تكون إصابته بأحد الفيروسات، وهو يكون عادة فيروس B المسبب للالتهاب الكبد(٢).

وقد أسفرت العديدُ من الدراسات عن انتشار التهاب الكبد الفيروسى من نـــوع C. B. والذى يؤدى إلى تليف الكبد ثم سرطان الكبد وذلك فى نطاق المجموعات التى كانت تتعاطى الهيروين بالحقن بنسبة ٢١٪ فى إنجلترا وويلز وأيرلندا وذلك من واقع السجلات الطبية عام ١٩٧٦م. كما وجد أيضاً انتشار التهاب الكبد الوبائى بصورة ملحوظة فى الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٨٥م بين متعاطى الهيروين وذلك بسبب استخدام الإبر المشتركة(٣).

والمرضُ الآخر الذى ينتقل عن طريق الدم والاتصال الجنسى هو الذى بينه وبين التهاب الكبد أوجه شبه كثيرة على الأقل لدى من يصابون به وأسباب أصابتهم به إنَّه مرض الإيدز HIV.

والإيدز هو فيروس يُحدث مرضاً معيناً يصيب نظام المناعة وذلك بمهاجمة الخلايا وهو ذلك الجزء من الآلية الدفاعية التى تقاوم العدوى.

---

(١) الهيروين والإيدز وأثرهما فى المجتمع ، مرجع سابق ، ص ١٠٤ ، ص ١٠٥.
(٢) المرجع السابق، ص ١٠٦.
(٣) إدمان المخدرات رؤية علمية واجتماعية ، مرجع سابق ، ص ٨٣.

ويبدو أنَّ هذا الفيروس قد انتقل من خلال المخدر أو المنشط الذى كان مستعملاً فى مجموعات المتعاطين بنيويورك وسان فرانسيسكو خلال عام ١٩٧٨م من القرن المنصرم، ويعد ذلك بوقت قصير بالمملكة المتحدة ، حيث ظهر فى «أدنبره» عام ١٩٨٣م، وفى «جلاسجو» عام ١٩٨٥م.

والحالات المصاحبة لمرض «الإيدز» هى : الالتهاب الرئوى، وأمراض الأمعاء التى تسبب فقد السوائل، وفقدان الشهية للأكل، والضعف، والإسهال ، وغزو الأعضاء أو الأنسجة بواسطة أنواع من النمو الفطرى غير الحميد وأورام غير عادية تدل على مقاومة واهية. وأخيراً فإنَّ مهاجمة الجهاز العصبى المركزى بواسطة الفيروس أو بكائنات حية أخرى قد يؤدى إلى ما يدل على إصابة المخ بالمرض كالتشوش أو الهنذ[1] أو العتة[2].

وغالباً ما يصاب معتمدو الهيروين بالتسمُّم نتيجة تناول جرعة من الهيروين تحتوى على الشوائب السامة التى يخلطها التجار بالهيروين مثل: الأستركفين والكينين.. إلخ، وتُسبِّب هذه المركباتُ هبوط التنفس، ثم فشل الدورة الدموية، وتبدو على المتسمم علامات النعاس أو الغيبيوبة وبطء التنفس. وقد أسفرت دراسة على مجموعة من متعاطى الهيروين قام بها «والتز» عام ١٩٨٢م أنَّه بسبب وجود مواد مغشوشة بالمخدر، حدث تحلُّل إسفنجى فى المادة البيضاء فى الدماغ وتؤدى هذه الظاهرة إلى تحلل فى شخصية المعتمد وانعدام الذاكرة، وفقدان المعرفة، وتسطحُّ العاطفة، كما تؤدى إلى أنواع من الشلل، ونوبات دماغية[3].

---

(١) الهنذ أو الهذيان Delirium حالة من تعتيم الوعى وحجب الوجدان. تصاحبها الهلوسات، كما ترافقها مجار للأفكار غير المتماسكة وساعات مفعمة بالقلق والضجر، وتأتى فى العادة مصحوبة بحمى مرتفعة الحرارة. وثمة حالة هذيانيه تنشأ من جراء شرب المسكرات بكثرة، مما يؤدى على مرور الزمن إلى خلل فى الذاكرة واختلال فى ملكة الحكمalcoholic dementia.

(٢) عتة Idiocy أحد مستويات الضعف العقلى، ويمثل أشد درجات الضعف العقلي، حيث لا تزيد نسبة ذكاء الفرد عن ٢٥ . وأهم ما يميز أفراد هذه الفئة لا يستطيعون إعالة أنفسهم أو حتى مجرد الوعى بذواتهم . كما أنهم لا يدركون المخاطر المحيطة بهم، ومن ثم فهم عرضة للإصابات. كما أنهم لا يستطيعون رعاية أنفسهم فهم عالة على الآخرين فى كل شئون حياتهم.

* موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، مرجع سابق، ص ٤٧٣ .

(٣) الهيروين والإيدز وأثرهما على المجتمع ، مرجع سابق، ص ١١٨ .

ويقرر البعض أنَّ زيادة الجرعة من الهيروين للمتعاطى تؤدى أيضاً إلى تسمُّم حاد ومن ثم الوفاة ، وذلك لأنَّ زيادة الجرعة تحدث هبوطاً بآلية مركز المخ الذى ينشط التنفس، وهذا غالباً ما يُحدث الاختناق والموت. ولعل ما يؤكد ذلك ما قررته دراسة قام بها «بيولى» لسجلات وزارة الداخلية البريطانية والتى أوضحت أن تعاطى جرعة زائدة من الهيروين بطريق الخطأ مسئول عن ٢٩٪ من حالات الوفاة بين متعاطى الهيروين. ولقد لوحظ نمط مماثل فى دراسة أمريكية قام بها «جروليشمان» عام ١٩٨٢م ، حيث أوضحت دراستهم التتبعية للمرضى لأربع سنوات بعد العلاج أن ٤٤٪ من الوفيات كانت بسبب تناول جرعات زائدة من الهيروين(١) .

وقد أجرى السيد «انفولد» المستشار الطبى الدائم لجهاز مراقبة استعمال المخدَّرات والمواد المؤثرة على الحالة النفسيَّة بباريس دراسة تحليلية للوفيات المرتبطة بتعاطى المخدرات والمواد المؤثرة على الحالة النفسية، وعلى ضوء المعلومات المتاحة والتى استقاها الباحث من المكتب المركزى لمكافحة المخدرات بباريس بيَّن الباحث أنَّ عدد الوفيات بلغ مائتين وسبع وثلاثين (٢٣٧) حالة عام ١٩٨٤م ، أشارت إلى أن معظم الضحايا من الشباب الذين تقل أعمارهم عن خمسة وعشرين عاماً حيث كانت نسبتهم ٧٥٪ من حالات الوفاة، وأن نسبة الإناث من الضحايا لا تتجاوز ١٣٪ وأنَّ الهيروين أكثر العقاقير المسببة للموت وخاصة إذا حدث التعاطى بطريقة الحقن حيث بلغت نسبة من كانوا يتعاطون ٨٠٪ من إجمالى حالات الوفاة.

● المنومات :

الباربيتورات :

من أهم الاضطرابات التى تحدثُ نتيجة الاعتماد على الباربيتورات بصفة خاصَّةٍ، والمنومات بصفة عامة: خفض ضغط الدم وكمية الدم التى يقذفها القلب،

(١) إدمان المخدرات رؤية علمية واجتماعية، مرجع سابق، ص ٨٢.

وفى الجرعات الكبيرة تُهبط عضلة القلب نفسها، كما تُهبط المنومات عامَّة وظائف مركز التنفس خاصة إن كان الشخص مصاباً بأمراض الجهاز التنفسى المزمنة، كما تُسبب أمراض الجهاز الهضمى كالإمساك. بالإضافة إلى الضغط الجنسى فى الذكور، واضطرابات العادة الشهرية فى الإناث.

هذا ويصاب أطفال الأمهات المصابات بمرض الصرع، واللاتى يعالجن باللومينال (باربيوتوريك) يُصاب أطفالهن بالتشوُّهات مثل: انشقاك الحنك والشفة وعيوب القلب الخلقية.

وبالإضافة إلى ذلك يُصاب جنين الأم المتعاطية التى تحقن نفسها بالمنوم فى الوريد بالاعتماد على المنومات فتبدو على الطفل علامات عدم الاستقرار والاضطرابات والرَّعشة وارتفاع درجة الحرارة. وتبدأ هذه الأعراض عادة بعد ستة أيام من الولادة. ويحتاج هؤلاء الأطفال إلى جرعات صغيرة من المهدئات يتم تقليلها بالتدريج(١).

ويُصاب الأشخاص بالتسمم الحاد عندما يأخذون جرعة من المنوم ثم يستيقظون أثناء الليل، ويتعاطون جرعات أُخرى أثناء إصابتهم بالنسيان أو الذهول بعد الجرعةالأولى، وكثيراً ما ينتج التسمُّم عندما يتعاطى الشخص المنومات مع الخمر أو مع المواد النفسية الأخرى المحدثة للاعتماد وعند محاولة الانتحار. وتبلغ نسبة الذى ينتحرون أو يحاولون الانتحار بواسطة المنومات٧٪ . ويشعرُ المتعاطى بالكسل والنُعاس واهتزاز المقلتين وثقل اللسان والترنح وضعف التركيز ثم يُصاب بالغيبوبة التى يصاحبها انخفاض ضغط الدم وهبوط مركز التنفس والدورة الدموية وشلُ الكليتين والإلتهاب الرئوى. ويؤدى التسمم إلى الوفاة إذا لم يتم إسعاف المريض بسرعة فى المستشفى(٢).

---

(١) الإدمان مظاهره وعلاجه، مرجع سابق، ص ص ١٥٣ ، ١٥٤.
(٢) المرجع السابق، ص ص ١٤٤ ، ١٤٥.

• الفصل الثامن •

المشكلات الاجتماعيّة الناجمة عن تعاطي المواد النفسية المخدرة

تمهيد

لتعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد أضراراً اجتماعية لعل من أهمها الخسائر البشرية. والمقصود بالخسائر البشرية الإشارة إلى مجموعة من الأفراد الذين يخرجون كليًا أو جزئيًا من حساب القوى العاملة فى المجتمع كنتيجة مباشرة أو غير مباشرة لمشكلة التعاطى. وأول مجموعة بشرية تُحسب على هذه الخسائر هى بطبيعة الحال المتعاطون أوالمعتمدون أنفسهم، وهؤلاء يحسبون تحت بند الخسائر بقدر ارتباطهم بعالم المخدرات أو المنشطات أو المهلوسات . وما يعنيه هذا من استحواذ على جزء متنام من اهتماماتهم وأوقاتهم، وما يعنيه كذلك من تدهور تدريجى فى طاقة العمل لديهم، وفى ارتباطاتهم أو التزاماتهم الاجتماعية.

وفى ضوء هذا التصور لمفهوم الخسائر البشرية يُقدر عددُ المعتمدين على الأفيون والهيروين بصفة خاصة فى العالم بحوالى عشرين مليون معتمد، وذلك طبقاً لإحصائيات منظمة الأمم المتحدة عام ١٩٨٧م، وتكمن خطورة هذا الرقم فى انتشار هذه السموم بين قطاع الشباب، الذى يُعتبر بلاشك عماد التنمية، وأساس التقدم، فى المجتمع.

هذا، وأوضحت نتائج العديد من البحوث العلمية أن الهيروين يُعتبر من أكثر أنواع المواد النفسيَّة التى تؤثر بصورة سلبية على الأشخاص الذين يتعاطونه ويشوه شخصياتهم بدرجة كبيرة، حيث أنهم يصبحون أشخاصاً كسالى، سطحيين ، غيرَ موثوق فيهم، ذوى اتجاهات خشنة فى حالة عجزهم فى الحصول عليه، كما تنحرف مشاعرهم العادية ومداركهم الأخلاقية، نضف إلى ذلك تأثر انتاجيتهم بالسلب كمًا وكيفاً لما يحدثه الهيروين من أضرار نفسيَّة وصحية خطيرة. ولعل من أهم الدراسات التى تعكس ذلك دراسة «توردا» والتى أجراها على ثلاثين من المعتمدين على الهيروين ، وثلاثين آخرين فى فترة الامتناع ، ولقد تبيَّن بعد تطبيق العديد من

الاختبارات عليهم أنَّ الهيروين يخلق لدى المعتمدين إحساساً بأن كل احتياجاتهم قد قُضيت ، وأنَّه لا حاجة بكل موضوعات البيئة المحيطة.

وواقع الأمر أنَّه إذا كان هؤلاء المعتمدون يشكلون خسارة بقدر انسحابهم من العالم الاجتماعى السوى سواء من حيث الاهتمامات والعمل والالتزام ، فإنَّهم من ناحية أخرى يصبحون بؤراً غير صحَّية ، ومصدراً لنشر الفساد وانحراف السلوك فى نطاق المحيطين بهم، ففى دراسة «محمَّد غبارى» على مجموعة من المتعاطين المترددين على مستشفيات وعيادات الإدمان بالإسكندرية أفاد ٤٩٪ منهم بأن الذى سهل لهم الحصول على المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد والمشاركة فى تعاطيهاهم الأصدقاء.

كما أوضحت دراسة أخرى للسمات الشخصية لمجموعة من المعتمدين على الأفيون أن ٨٤,٤٪ من الحالات بدأوا مزاولة التعاطى عن طريق أحد الأصدقاء.

ويأتى أيضاً فى حساب الخسائر البشرية جميع العاملين فى حقل التهريب والإنتاج والاتجار غير المشروع فى المواد النفسيَّة المحدثه للاعتماد بكافة أنواعها ، إذ أنَّ هولاء جميعاً يمكن أن يكونوا ضمن طاقة العمل السوى فى المجتمع ، لكن بانحرافهم واشتغالهم فى مجال جلب هذه المخدرات والاتجار فيها يخصمون من طاقة العمل المشروع فى المجتمع.

وأخيراً يأتى فى حساب الخسائر البشرية لتعاطى المواد النفسية المحدثة للاعتماد بوجه عام، والهيروين بوجه خاص، مجموع الضحايا والأبرياء الذين أوقعتهم الظروف والمصادفات فى مجال عمل أو نفوذ المتعاطين أو المعتمدين، وفى مقدمة هؤلاء الضحايا الارتباطات الاجتماعية التى لا مفر منها كارتباطات الزواج والبنوة والأخوة. فممَّا لا شك فيه أنَّ انغماس الزوج أو الزوجة فى التعاطى يؤدى إلى فقدان المشاركة الاجتماعية فى تربية الأطفال والإشراف عليهم وهذا من شأنه أنّ يُسهم فى انهيار نظام الأسرة أو على الأقل تفككها. ثم هناك ضحايا حوادث الطرق وركاب المركبات والطائرات التى يتصادف أنّ يكون قائدها من المتعاطين، فلقد أسفرت نتائج

دراسة أجريت فى كندا عن مدى إسهام المخدِّرات فى وقوع الحوادث لقائدى السيارات، فتبين أنَّ الكحول أسهم بـ ٤١٪ من الحالات، ومشتقات الأفيون فى ١٢٪ من الحالات، ولقد كانت عينة الدراسة تضم أربعمائة وثلاثة وثمانين حالة إصابة أدت إلى الوفاة، وأربعمائة وواحد منهم من قائدى السيارات، وواحد وثمانون من المشاة[١].

وتعاطى الباربيتورات يُسبب أضراراً على المجتمع والحياة الاجتماعية والأخلاقية نتيجة لانشغال المعتمدين عليها فى الحصول عليها وتعاطيها، وبسبب آثارها السيئة المباشرة، ولعلَّ أهم هذه الأضرار هى: ضعف القدرة الإنتاجية للفرد، وفقدان الاستقرار العاطفى، والاستهتار بالعلاقات الشخصيَّة والاجتماعية، وهذه الآثار تؤدى إلى نتائج خطيرة منها كثرة التعرُّض لإصابات العمل، والحوادث المختلفة، والانحراف الشديد نحو الجريمة.

تعاطى المواد النفسية المخدرة:

وارتفاع معدلات الجريمة:

يطفو على السطح سؤالٌ مهمٌ – بالطبع – سنحاول الإجابة عليه: كيف يتحول الشخص المتعاطى إلى شخص يتسم بالسلوك الإجرامى؟

بالطبع يتم هذا التحول نتيجة لتعرض حياة المتعاطى إلى عدة ظروف مؤثرة، فهذا الشخص يبدأ بتعاطى كمية صغيرة فى أول الأمر، ولفترات متباعدة لا تؤثر غالباً على دخله، ثم يزيد من كمية المواد النفسيَّة التى يتعاطاها مخدرةً كانت أم منشطة أم مهلوسة، ويزيد أيضاً من مرَّات التعاطى لتحقيق المتعة التى ينشدها، ومن ثمَّ يُصبح متعوداً بالقدر الذى يجعله يقتطع من دخله للإنفاق منه على المادة النفسيَّة، وقد يزيد هذا الجزء المقتطع تبعاً لمدى اعتماد الفرد عليه. وفى حالة أصحاب الدخول البسيطة التى لا تكاد تفى بالنفقات الضرورية، فإنَّ أي جزءٍ من الدخل الثابت ينفق على

---

(١) إدمان المخدِّرات رؤية علمية واجتماعية، مرجع سابق، ص ص ٨٧ – ٨٩ (بتصرف).

التعاطى معناه بالطبع عدم إشباع حاجات ضرورية أُخرى سواء بالنسبة للمتعاطى نفسه، أو لأسرته التى يعولها كالتعليم والرعاية الصحيَّة وغيرها. ومن ثمَّ يحدث الاضطراب، والخلافات ، وكل ذلك يُعرض الأسرة للتفكك والانهيار والتشرُّد وغير ذلك من مظاهر التدهور والانحلال.

وبزيادة الاعتماد على المادة النفسية، والاهتمام والانشغال بها، يقل الاهتمام بالعمل والتقدم فيه، فإنَّ أي اضطراب فى تحقيق التعاطى يؤثر على العمل مثل: زيادة الكمية، أو الانقطاع عن التعاطى لأى سبب من الأسباب، أو التأخُّر فى التعاطى إلى الساعات الأولى من اليوم التالى، ومن شأن هذا التأخير وخاصةً إذا كان بعد عمل مُجهد طوال النهار أن يؤثر على الحالة الصحية والنفسيَّة للمتعاطى، فقد يمرض، أو يتأخر من عمله صباحاً، أو يهمل فيه، إلى غير ذلك من النتائج التى تعرضهُ إلى التأخر والتدهور فى عمله إلى أن ينتهى به الأمر إلى فقدان عمله نهائياً.

وبهذه النتيجة السيئة تزدادُ مشكلاته اضطراباً وتعقيداً ، ويصبح أكثر حاجة للمال لسد حاجاته ، وحاجات أسُرته المُلحَّة والضرورية من ناحية، ولسدِّ حاجته هو شخصياً إلى المادة النفسيَّة المحدثة للاعتماد.

ولَمَّا كانت ضآلة دخل المتعاطى إلى جانب ما ينفقه على التعاطى، أو انعدام هذا الدخل نتيجة لبطالته يُعجزه عن سدِّ احتياجاته، ولَمَّا كان من الضرورى أن يحصل على المال، فإن النتيجة الحتمية لذلك أن يتعرَّض المتعاطى لارتكاب الجريمة فى بعض أشكالها وصورها كالنصب أو الاحتيال أو خيانه الأمانة.

وفى هذه الفترة من حياة المتعاطين فإنَّ بعضهم تضطرهم الظروف الصَّعبة إلى الاتصال بذوى السيرة السيئة، والمجرمين، والمهربين، وتجار المخدَّرات والمنشطات، ومن أجل تحقيق حاجتهم من المواد النفسيَّة المختلفة والحصول على المال لذويهم وأُسرهم ، يدخلون فى زمرتهم ويسلكون كما يسلك هؤلاء.

وأول عمل إجرامى يقع فيه مثلُ هؤلاء هو بيع المخدرات أو المهلوسات أو المنبهات وتوزيعها على المتعاطين ، وفيه يجد المتعاطى حاجته دون ثمن، كما يجد

كسباً كبيراً يوازى دون أي جهد أضعاف ما كان يكسبه من عمله طوال النهار. ومن ثمَّ يستمرئ المتعاطى هذه الحياة وبخاصَّة إذا كان مجال عمله ومهنته ضئيل الأجرة ومثل هذه الحالة من الضرورى أن يتعرَّض أصحابها للتدهور الخُلقى ، والاجتماعى، والتفكك الأسرى، كالزنا، والطلاق، وتعدد الزوجات، وإهمال الأبناء، وتعاطى المزيد من المواد النفسية الأخرى كالكحوليات.

وفى حالة المتعاطين الذين يقعون فى قبضة الشرطة بسبب الجرائم الخاصَّة أو لأي سبب آخر، فإنَّ هؤلاء يدخلون السجون ويختلطون بغيرهم من المتعاطين وتجار المخدَّرات ، كما يختلطون بغيرهم من المجرمين، وهناك يتعرفون بعضهم على بعض، ويكونون الصداقات، ويتعلمون كثيراً من ألوان السلوك الإجرامى ، خاصَّة وأن عملية إصلاح وتهذيب السجين وإعادة تكوينه لا زالت فى حاجة إلى مزيد من العناية والرعاية والاهتمام من قبل وزارات الداخلية فى مصر وفى الأقطار العربية الشقيقة. ومن ثم فإنَّ مجال تعلُّم الجريمة والسلوك المنحرف أقوى بكثير من مقومات وعمليات الإصلاح.

وإذا ما خرج المتعاطى السجين، فإنَّه غالباً ما يواجه مصيراً قاسياً، فالحكم بالسجن - بغض النظر عن أسبابه ودوافعه - هو فى نظر المجتمع وصمته على جبين السلوك تثبتها الأوراق الرَّسمية، بحيث يُصبحُ من العسير أنّ يجد عملاً من أي نوع، وفى أي مكان، سواء أكان ذلك فى القطاع العام أم القطاع الخاص. هذا فضلاً عن السمعة السيئة لمتعاطى الهيروين أو الكوكايين لدى أصحاب الأعمال. وبهذا يصبحُ مجال الحياة والارتزاق ضيقاً وعسيراً. ومثل هذه المواقف التى يواجهها المُفرج عنهم من المتعاطين غالباً ما يعرضهم للزلل. والانحراف، وسلوك الجريمة، لأنَّه من الضرورى أن يحصلوا على المال كى يعيشوا. وفى هذا الصدد كشفت لنا دراسة حياة المتعاطين المسجونين أن أغلبهم انتهى إلى العمل فى تجارة وترويج المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد على اختلاف أنواعها بسبب رفض إلحاقهم بأي عمل يلجئون إليه، أى أنَّ المجتمع يلفظهم ويحكم عليهم بالإعدام المادى والمعنوى!!

بعد أن حددنا فى الفقرات السابقة كيف يتحوَّل المتعاطى إلى شخص يتسم بالسلوك الإجرامى. نعود لنوضح العلاقة بين الاعتماد الأفيونى والهيروينى وارتفاع معدلات الجريمة.

على الرغم من أنَّ الأفيون ومشتقاته كالمورفين والهيروين يؤدى تعاطيهم إلى الانطواء والانعزال، إلاَّ أنَّ متعاطى هذه المواد يصبح أسيراً لها، ومن أجل الحصول عليها، يُقدم على ارتكاب كثيراً من الجرائم بدءاً من السرقة والتربح للحصول على مكاسب مادية وانتهاءً بالقتل.

وبالنسبة للنساء المعتمدات فإن العهر وترويج المخدرات والسرقة هى الطرق المتبعة للحصول على المال الضرورى لإنفاقه على تعاطى هذه المخدرات.

ويعتبر من أبرز البحوث الميدانية الكاشفة عن وجود علاقة بين تعاطى الهيروين والجريمة ذلك البحث الذى أُجرى فى «بلتيمور» بالولايات المتحدة الأمريكية على عينة تضم ثلاثمائة وأربعة وخمسين (٣٥٤) معتمداً على الهيروين، وهى عينة ممثلة من بين سبعة آلاف وخمسمائة (٧٥٠٠) متعاطى للأفيونات سبق إلقاءُ القبض عليهم بواسطة شرطة بلتيمور خلال الفترة من عام ١٩٥٢م إلى عام ١٩٧٦م من القرن المنصرم. وقد خرج الباحثون من هذه الدراسة بعددٍ من النتائج المهمة نذكر منها الآتى:

١ - ارتفاع معدلات الجرائم التى كانوا يرتكبونها يومياً تقريباً مع بدء تعاطيهم واعتمادهم على الهيروين.

٢ - تبيَّن أنَّهم كانوا يمرون بفترات اعتماد واضح على المخدر، كما أنَّهم كانوا يمرون بفترات أخرى يقلعون فيها عن التعاطى. وبحساب هذه الفترات تبيَّن أنهم فى المتوسط مروا (على امتداد الفترة التى غطاها البحث) بأربع عشرة فترة اعتماد على الهيروين، وثمانى فترات إقلاع عن التعاطى. وعندما حُسبتْ لهم معدلات ارتكاب الجرائم (على أساس عدد الأيام التى يرتكبون فيها جرائم) فى كل من الفترتين تبيَّن أن المعدل فى فترات الاعتماد على الهيروين يبلغ أربعة أمثال المُعدل فى فترات الإقلاع عن التعاطى.

ولما كان هذا الارتفاع والانخفاض فى معدلات ارتكاب الجريمة قد صدر عن العينة نفسها من الأشخاص (وليس من عينات مختلفة) ، وجاء الارتفاع مقترناً بالاعتماد الهيروينى، كما جاء الانخفاض مقترناً بالإقلاع عن التعاطى، فقد رأى الباحثون أن أفضل تفسير لهذه النتيجة هو القول: إن الاعتماد على الهيروين يُسبب هذه الزيادة المُشار إليها أو على الأقل يُسهم فى ظهورها[1] .

ويُعلق الباحثون على هذه النتائج بقولهم: « ودون الانهماك فى تحليل لعلاقة العلِّية يبدو واضحاً أنَّ الاعتماد على الهيروين مُسبِّب الإجرام بالمعنى نفسه الذى نقصده ونحن نقول عن تدخين السجائر أو عن تلوث الهواء إنَّه مُسبِّب للإصابة بالسرطان - فهما يستطيعان وغالباً ما يؤديان إلى زيادة الإصابة السرطانية رغم أنهما ليسا وحدهما العاملين المسببين لذلك»[2] .

وتمشياً مع هذا السياق أيضاً أوضحت الإحصاءات فى الولايات المتحدة الأمريكية ، ارتباط تعاطى الهيروين بمجموعة من الجرائم بنيويورك منها : الكذب والخداع والتزوير والسرقة وجرائم العنف والجنس، فى حين أن المناطق الساحلية الشرقية بالولايات المتحدة، كان للهيروين تأثير سلبى كبير على الإنتاج والعمل، فضلاً عمَّا يُسببه من حوادث مروعة .

ومن الدراسات العربية فى هذا الصدد، دراسة قام بها «عبدالكريم عثمان» على مجموعة من متعاطى المخدِّرات المترددين على مستشفى الصحة النفسية بجدة بالمملكة العربية السعودية على مدى عام ، وقد كان من أبرز نتائجها أن ٣٥٪ من معتمدى الهيروين مدانون فى ارتكاب أفعال إجرامية مختلفة[3] .

---

(١) المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية ، مرجع سابق، ص ص ١٦٢، ١٦٣ (بتصرف) .
(٢) Ball . J.C, et al . 1983.
(٣) إدمان المخدرات رؤية علمية واجتماعية ، مرجع سابق، ص ٩٣ .

• الفصل التاسع •

المشكلات الاقتصاديّة الناجمة عن تعاطي المواد النفسية المخدرة

تمهيد

مما لا شك فيه أن ترويج المواد النفسية المحدثة للاعتماد بكافة أنواعها، وتعاطيها، ثم الاعتماد عليها هو عبث بمقدرات الأمم ومدخرات الشعوب، وإهدار الثروات القومية والموارد الأساسية ، وعرقلةً لمسيرة الرخاء والتنمية وسبب رئيسى للأزمات الاقتصادية، والضائقات المالية التى تمرّ بها معظم الدول ، وهى عبء ثقيل تنوء بحمله أي دولة سواء أكانت غنية أم فقيرة ، فالأرقام التى نسمعها أو نقرأها وذلك عمّا ينفق فى هذه التجارة المشبوهة أكبر دليل على خطورة تلك المواد. فهى فى حقيقة الأمر آفة تلتهم اقتصاديات الأمم ، وتزعزع الأمن القومى والاستقرار الأسرى، فالمتعاطى للمخدّرات أو المنشطات أو المهلوسات أو الكحوليات لا يتأثّر وحده بانخفاض انتاجه عن العمل، ولكنّ المجتمع ينخفض إنتاجه بدوره فى حالة تعاطى هذه المواد.

ومن أهم المشكلات الاقتصادية التى تنجم عن تعاطى وترويج المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد بكافة صورها وأنواعها هو ما ينفق ظاهرياً، أي ما تنفقه الدولة رسمياً لمكافحة كل ما من شأنه أن يعمل على توافر المواد الاعتمادية فى السوق غير المشروعة (وهى ما يسمى بمكافحة العرض) يدخل تحت هذا البند جزء كبير من ميزانية وزارة الداخلية، وهو ما يشمل ميزانية الإدارة العامة لمكافحة المخدّرات ، وميزانية حرس الجمارك فى الموانى الجوية والبحرية والبرية، وميزانية مصلحة السجون، والميزانية التى تشارك بها الدولة فى نشاط البوليس الجنائى الدولى (الانتربول) ، ثم هناك وزارة الدفاع التى يضطلع فيها سلاح الحدود وخفر السواحل بمكافحة التهريب من الخارج إلى الداخل والعكس. ثم هناك وزارة العدل بالقدر من ميزانيتها الذى يغطى انشغال آليات السلطة القضائية بقضايا المخدّرات ، كما يغطى مصلحة الطب الشرعى. هذا الإنفاق كلّه من جانب الوزارات الثلاث تقتضيه عمليات مكافحة العرض على اختلاف أنواعها.

ثم يأتى بعد ذلك بندٌ رئيس آخر فى الإنفاق الظاهر من جانب الدولة أيضاً على ما يُسمى فى مجموعة إجراءات أو خدمات خفض الطلب، وهى مجموع الخدمات الطبية، والطبية / النفسية، والطبية/ النفسية الاجتماعية، التى تقدم لعلاج التعاطى والاعتماد ، بدءاً من الخدمات الإسعافية العاجلة التى يحتاج إليها المتعاطون أحياناً، إلى الخدمات الأكثر دواماً من قبيل ما يُقدم داخل المصحات المنشأة خصيصاً لعلاج حالات الاعتماد ، (بما فى ذلك نفقات إنشاء هذه المصحات نفسها) ، إلى إجراءات التأهيل والاستيعاب الاجتماعى، إلى إجراءات وبرامج التوعية بجميع مستوياتها وهذه جميعاً أبواب للإنفاق تنهض بها وزارات الصحة والشئون الاجتماعية أساساً[1].

وتعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد يمثل عبئاً كبيراً على الدخل القومى إذ أنَّ المواد النفسية المختلفة التى تُهرَّب من الخارج تقدر بمئات المليارات تلك التى نحن فى أمس الحاجة إليها، يؤكِّد ذلك السكرتير العام السابق للأمم المتحدة «دى كويلار»[2] فى تقريره عن عمل المنظمة عام ١٩٨٩م حيث قال: « تُشير التقديرات إلى أنَّ القيمة النقدية لتجارة المخدِّرات أصبحت تتفوق على التجارة العالمية للنفط، وتأتى فى المرتبة التالية لتجارة السلاح»[3].

وثمة دراسة علمية أثبتت أن المبالغ التى أُنفقت على شراء المواد النفسية المحدثة للاعتماد فى مصر كانت ٢مليار ونصف مليار جنيه مصرى. والمبالغ التى أُنفقت على جلبها من الخارج كانت ثلاثمائة وواحد(٣٠١) مليون دولار، أي بما يوازى مليار جنيه مصرى (حسب سعر الصرف فى أوائل التسعينات من القرن المنصرم) ، وهذا هو مقدار المضبوطات ، فإذا أردنا أن نعرف دخل مصر حسب ما جاء فى تلك

(١) المخدِّرات والمجتمع نظرة تكاملية ، مرجع سابق، ص ص ١٧٧ - ١٧٩ (بتصرف).
(٢) خافيير بيريز دى كويلار هو السكرتير الخامس لمنظمة الأمم المتحدة، ولد في بيرو، تولى منصبه فى الأول من يناير عام ١٩٨٢م ، وأنهى ولايته فى ٣١ من ديسمبر ١٩٩١، أى أنَّه شغل فى منصبه ولايتين كاملتين، والجدير بالذكر أن الولاية الواحدة تدوم خمس سنوات.
(٣) عن نشرة أصدرتها إدارة الإعلام بالأمم المتحدة فى يناير ١٩٩٠م.

الدراسة فيكون خمسة وعشرين مليار جنيه مصرى، حيث تُفيد هيئة الأمم المتحدة أن المضبوطات تُشكل ١٠٪ من المواد النفسية التى استهلكت(١).

وإذا ما صحت التقديرات بأن المخدرات والمنبهات والمهلوسات بكافة أشكالها تلتهم من إمكاناتنا الاقتصادية سنوياً ما يوازى خمسة وعشرين مليار جنيه مصرى، أي ما يوازى نصف الدين المصرى الذى اقترضناه بسبب الحروب على مدى سنوات طويلة اتضح لنا أي حرب تستهدفنا، وخاصة إذا علمنا أن هذا المبلغ كان يكفى وقتها لبناء ثلاثة ملايين مسكن (شقة) تكفى لإيواء ثلاثة عشر ميلون نسمة، أي أن ثمن المواد النفسيَّة يكفى لبناء مدينة جديدة كالقاهرة حسب أسعار تلك الفترة(٢).

وفى هذا الصدد أُجريت دراسة فى مصر تبين منها أن ما يدفع ثمناً للمواد النفسية المحدثة للاعتماد يساوى كل عائدات مصر المالية من قناة السويس ، أو كل دخل مصر من السياحة، أو ثلث ما تدفعه الدولة من دعم بعض السلع الغذائية ، أو مجموع مرتبات العاملين فى القطاع العام(٣).

والمواد النفسية المحدثة للاعتماد وراء ارتفاع الدولار فى مصر، ولها ضلعٌ كبيرٌ فى ذيوع البطالة وقلة الإنتاج، ولا غرو فقد كان آخر جرائم المتجرين فيها هو : المشاركة بشكل نشط فى رفع سعر الدولار، وتحطيم القوى الشرائية للعملة الوطنية، فقد ثبت لدى مباحث أمن الدولة الاقتصادى أن جزءاً كبيراً من عمليات تهريب الدولار للخارج كان بقصد تمويل كميات ضخمة من المخدرات لجلبها لمصر، سعياً وراء ربحها الفاحش، وبلغت قيمة هذه العمليات - فى بعض التقارير - بما يقرب من ثلاثة مليارات جنيه شارك فيها أصحاب مكاتب تصدير وسياحة وتجار ومستوردون وتجار مخدرات سابقون ومهنيون وعمال.

---

(١) عن مجلة طبيبك الخاص، القاهرة ، العدد ٢٥٣، الصادرة بتاريخ يناير ١٩٩٠م.
(٢) أحمد إسماعيل عبدالكريم : المخدرات آفة العصر، الحلقة الخامسة، مجلة المنهل، السعودية : دار المنهل الثقافية، نوفمبر / ديسمبر ١٩٩٦ ، العدد : ٥٣٦ ، ص ١٦٤ (بتصرف).
(٣) إدمان المخدرات رؤية علمية واجتماعية ، مرجع سابق ، ص ٩٠.

وآخر التقارير أيضاً لتجارتهم الآثمة، حيث امتد «الهيروين» إلى بعض المحافظات القريبة من القاهرة، وتوغل أيضاً إلى صعيد مصر، ممَّا يزيد من دائرة التدمير للشعب المصرى وصعوبة مقاومة تلك العصابات، ساعدهم فى ذلك انفتاح مصر على العالم الخارجى، وطول حدود مصر ، وموقعها الجغرافى بين العالمين القديم والحديث، وتدفق المصريين للعمل بالخارج[1].

هذا ، وأجريت إحصائية فى الولايات المتحدة الأمريكية أكدت أن تعاطى المواد النفسيَّة من مخدَّرات ومهلوسات ومنشطات وخمور يكلف اقتصاد الأمة الأمريكية اثنين وستين (٦٢) مليار دولار سنوياً صرف على علاج المعتمدين، وعلى تعويضهم على فقدان العمل[2].

وهناك محور آخر يمثل عبئاً اقتصاديّاً من جرَّاء ترويج وتعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد ، وهو ما يُسمى بالإنفاق المستتر، ويدخل تحت هذا البند نوعان رئيسان من الإنفاق، أحدهما هو مجموع ما ينفقه المستثمرون فى المواد النفسية الاعتمادية ، سواء على عمليات التهريب ، أو عمليات الزراعة والتجارة والتصنيع ، وما يقتضيه ذلك من إشغال لمساحات شاسعة من الأراضى بزراعات غير مشروعة، وتوظيف لأعداد من العاملين للقيام بجميع المهام غير المشروعة فى هذا المجال، ولمَّا كانت جميع هذه النشاطات غير مشروعة لذلك فمن المنطقى أن ننظر إليها على أنَّها خسائر للاقتصاد القومى.

أمَّا النوع الثانى من الإنفاق المستتر فربَّما كان الأفضل أن يُسمى استنزاف الثروة لأنه يتحقق على سبيل الاستنزاف لا على سبيل الإنفاق، يدخل تحت هذا البند تدهورٌ أو تناقص إسهام المتعاطين والمعتمدين فى العملية الإنتاجية فى مجموعها، أو مظاهر هذا التدهورٍ عدم الانتظام فى العملٍ من قِبل المتعاطين والمعتمدين بسبب كثرة الغياب إمَّا بسبب إعتلال . الصحة أو للتمارُض (أى ادعاء المرض) .

---

(١) جريدة الأخبار القاهرية ، الصادرة فى ٢٢ من أكتوبر ١٩٨٥م.
(٢) المخدرات آفة العصر ، مرجع سابق ، ص ١٦٤ .

ثم هناك جانب آخر هو تناقص إنتاجية المتعاطى، والمقصود بالإنتاجية هنا مقدارها ينتجهُ الشخص فى وحدة زمنية مُعيَّنة (الساعة، أو اليوم ، أو الأسبوع).

وقبل أن ننتقل إلى المظهر الثالث من التدهوُر نذكر أن حوالى سبعمائة مليون جنيه مصرى حسب إحصائية عام ١٩٨٢ م من القرن المنصرم يتم تهريبه إلى الخارج بالعملة الصعبة لشراء المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد، وحوالى ثمانية ملايين جنيه مصرى تتكلفها أجهزة المكافحة (الشرطة) ، ومائتى مليون جنيه مصرى يدفعها المصريون من كافة الشرائح ثمناً للمواد النفسية التى يتعاطونها . إن الرقم المفقود إذاً ليس سبعمائة مليون جنيه (٧٠٠) ولكنه يصل إلى حوالى المليار، أي ألف مليون جنيه مصرى سنويّا، علاوة على «فاقد» القوى البشرية، ومصاريف علاج المعتمدين وما يصيبهم من أمراض.

المظهر الثالث من مظاهر التدهوُّر هو تزايد قابلية المتعاطى أو المعتمد للوقوع فى حوادث، بحيث يتسبَّب ذلك فى إصابة العملية الإنتاجية نفسها بخسائر جسيمة ناجمة عن حدوث هذه الحوادث (كحدوث تلف فى أدوات أو آلات الإنتاج .. إلخ)(١).

وهناك أيضاً خسائر بشرية يتكبدها المجتمع كجزء من المعاناة الناجمة عن تعاطى المواد النفسيَّة المخدرة، والمقصود بمفهوم الخسائر البشرية هنا الإشارة إلى مجموع الأفراد الذين يخرجون كليّا أو جزئيّا من حساب القوى العاملة فى المجتمع كنتيجة مباشرة أو غير مباشرة لمشكلة تعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد ، وأول مجموعة بشرية تُحسب على هذه الخسائر هى بطبيعة الحال المتعاطون والمعتمدون أنفسهم، وهؤلاء يحسبون تحت بند الخسائر بقدر ارتباطهم بعالم التعاطى والاعتماد ، وما يعنيه هذا من استحواذ على جزء متنام من اهتماماتهم ومن أوقاتهم، وما يعنيه كذلك من تدهور تدريجى فى طاقة العمل لديهم، وفى ارتباطاتهم الاجتماعية.

(١) المخدِّرات والمجتمع نظرة تكاملية ، مرجع سابق، ص ص ١٧٩ - ١٨١ (بتصرف).

على أنَّ هذه المجموعة البشرية نفسها التى نحسبها خسائر بقدر انسحابها من العالم الاجتماعى السوى من حيث الاهتمامات والعمل والالتزام ، نعود فنحسبها مرَّة ثانية كخسائر أيضاً من حيث كونها تصبح بؤرة غير صحية داخل مجموع الأوساط الاجتماعية التى تكتنفها كالأسرة، والأصدقاء، وزملاء العمل. . إلخ، والمقصود هنا بمفهوم البؤرة غير الصحية أنهم يصبحون مصدراً لترويج أنواع من الإفساد (حتى وإن لم يقصدوا ذلك) ، فقد تبيَّن من جميع البحوث الميدانية التى قام بها الدكتور «مصطفى سويف» ومعاونوه عن وجود اقتران جوهرى بين احتمالات إقدام الشخص على التعاطى (بالنسبة لجميع المواد المحدثة للاعتماد) ووجود أقرباء أو أصدقاء أو زملاء لهذا الشخص متعاطين أو معتمدين[١] .

وينبغى فى هذا المقام أن نذكر نقطةً مهمةً للغاية لا يجوز إغفالها وهى أن التأثير قد ينتقل بطريق بيولوجى، وهو ما يحدث فى حالة اعتماد الأمهات الحوامل لبعض المواد النفسية حيث تنتقل بعض الآثار العصبيَّة / النفسيَّة إلى الجنين بحيث يولد حاملاً لبعض آثار الاعتماد[٢] .

ويأتى فى حساب الخسائر البشرية أيضاً جميع الأفراد العاملين فى حقل التهريب والإنتاج والإتجار غير المشروع فى المواد النفسية على اختلاف أنواعها، إذ أن هؤلاء جميعاً كان من الممكن أن يحسبوا ضمن طاقة العمل السوى فى المجتمع، ولكن بانحرافهم نظراً لاشتغالهم فى مجال توفير المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد وعرضها بطرق غير مشروعة ، يخصمون بالتالى من طاقة العمل المشروع فى المجتمع[٣] .

ونود أن نوضح أن الهيروين يُعتبر من أخطر المواد النفسيَّة المخدرة، فممَّا لا شك فيه أن أضراره الاقتصادية غالباً ما تكون أكثر جسامة ، وبالرغم من أن البحوث والإحصاءات عن هذا الموضوع قليلة، فضلاً عن افتقار بعضها إلى الدقة والشمول.

---

(١) المرجع السابق ، ص ص ١٨١ ، ١٨٢ (بتصرف).

(٢) Finnegan, L.P. 1979. P.58.

(٣) المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية ، مرجع سابق، ص ١٨٢ (بتصرف).

إلاَّ أنَّه يمكن القول بصفة عامة ، إن أهم مظاهر الخسائر الاقتصادية للهيروين، هى تلك المبالغ التى تنفق عليه ذاته، فإذا كان يُزرع فى المجتمع الذى يستهلكه ، فإن معنى ذلك إضاعة جزءاً من الثروة القومية المتمثلة فى الأرض التى كان من استغلالها فى زراعة ما هو أنفع للمجتمع منه. وكذلك بالنسبة للجهد البشرى الذى يستهلك فى زراعة الخشاش وبالتالى تصنيع الهيروين منه، فعلى سبيل المثال بلغت المساحة المخصصة لزراعة الخشاش الذى يستخرج منه الأفيون وبالتالى الهيروين فى لبنان أربعة آلاف هكتار فى عام ١٩٨٥م ، حيث قام الزراعيون فى منطقة (بعلبك) بنزع شجيرات التفاح وغيرها وقاموا بزرعها خشخاشاً فأصبحت المساحة المزوعة الخشخاش هناك تُعتبر مجزية لصلاحية التربة الزراعية، هذا فضلا عن الأرباح الطائلة التى تحققها هذه الزراعة،فعائد الفدان المزروع بالحاصلات التقليدية يصل إلى نحو مائتى جنيه فقط ، فى حين أن الفدان الذى يزرع بالخشخاش ينتج حوالى خمسة كيلو جرام هيروين ، ويقدر سعر الكيلو الواحد (آنذاك) بمبلغ خمسون ألف جنيه(١) .

(١) إدمان المخدرات رؤية علمية اجتماعية، مرجع سابق، ص ص ٨٩ ، ٩٠ (بتصرف).

• الفصل العاشر •

أهم الإجراءات الوقائية
للحد من خطورة تعاطى
المواد النفسيَّة المخدرة

تمهيد

يُعتبر ميدانُ التعاطى والاعتماد من أنسب الميادين للأخذ بهذا التوجه ، أى تقديم العناية بالوقاية على العناية بالعلاج، لأنَّه خيرٌ للدولة ولمواطنيها ملايين المرَّات أنّ يبادروا إلى اتخاذ الإجراءات الوقائية فى هذا الميدان الخطير بكل ما استطاعوا من جهد وعرقٍ وإنفاقٍ ، عن أن ينتظروا حتى تبرز معالم مشكلة التعاطى للمواد النفسيَّة المحدثَة للاعتماد، ثم يبدأوا بعد ذلك خطوات العلاج. علماً بأن إجراءات الوقاية أقل تكلفة من حيث المال اللازم ، وأقل مشقة من حيث الجهد المطلوب ، ثم إنَّها أسلمُ عاقبةً من الانتظار حتى تبلغ المشكلة أبعاداً مُعيَّنةً غير محمود الجانب.

معنى الوقاية Prevention :

تُعرف مشروعات أو برامج الوقاية بأنَّها أية تدابير نتخذها أو نخطط لها، تحسُّباً لمشكلة لم تقع بعد ، أو تحسُّبا لتعقيدات تطرأ على ظروف قائمة فعلاً ، ويكون الهدفُ من هذه التدابير هو الإعاقة الكاملة، أو الإعاقة الجزئية لحدوث المشكلة، أو التعقيدات، أو كليهما(١) .

وأهم ما فى هذا التعريف أنَّه يُشير صراحةً إلى أنَّ الوقاية قد تكون كاملةً وقد تكون جزئية، ومن ثمَّ فهو يتفق مع التفرقة التى تتبناها منظمةُ الصحة العالمية بين الوقاية من الدرجة الأولى، والوقاية من الدرجة الثانية، والوقاية من الدرجة الثالثة(٢) .

ولمزيد من التوضيح نؤكِّد أنَّ التدابير التى نتخذها للحيلولة دون إقدام قطاعات مُعيَّنة من الشباب على ما يعرف بتعاطى السموم البيضاء (هيروين – كوكايين) تُعتبر

---

(١) Soueif , M.I., Some issues of Major importance for prevention of drug dependence, National Rev . Soc . S. Cairo 1047, 11/2, 39-61.

(٢) WHO Techn. Rep Ser., Geneva 1947 , No. 551, P.17.

مشروعات أو أجزاء من مشروعات وقائية، والإجراءات التى نتخذها للحيلولة دون إقدام مدخنى التبغ (السجائر) على تدخين الحشيش تُعتبر كذلك إجراءات وقائية، الأولى للإعاقة الجزئية حتى لا تتفاقم مشكلة قائمة فعلاً وهى تدخين (السجائر) فتتطورّ إلى تعقيدات إضافيةً بأن تمتد إلى تعاطى الحشيش كذلك.

وقد تكون هذه التدابيرُ طبيةً أو تربويةً أو قانونيةً أو اقتصاديةً. وإكمالاً لمعنى الوقاية يُفرق الخبراء بين ثلاث درجات منها، نعرضها على النحو التالى:

١ - الوقاية من الدرجة الأولى primary Prevention :

أو الوقاية الأولية، ويكون هدفها هو منع حدوث المشكلة أو الاضطراب من الحدوث أصلاً.

٢ - الوقاية من الدرجة الثانية Secondary Prevention :

وهى الإجراءات التى تتخذ حتى لا تعود المشكلة إلى الظهور كأنّ يُعالج المتعاطى أو المعتمد حتى يبرأ من تعاطيه أو اعتماده، ثم تتخذ تدابير مُعيَّنة للحيلولة دون انتكاسه ومن ثمَّ العودة إلى التعاطى والاعتماد من جديد[١].

وعلى الصفحات التالية سوف نقدم تصوراً شاملاً للأنواع الثلاث من طرق الوقاية حتى تتضح الصورة على نحو جلى:

١ - الوقاية من الدرجة الأولى (الوقاية الأولية):

نؤكد من جديد أنَّه المقصود بالوقاية الأولى هى : مجموعة الإجراءات التى تستهدف منع وقوع التعاطى أصلاً، يدخل فى هذا النطاق أيضاً ما يُعرف باسم «مكافحة العرض» ، سواء أكانت المكافحة أمنيةً أم تشريعيةً.

فى البداية نحن سنخطط لحملة توعيةً ضدّ تعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للإعتماد، فلمن سنتجه بهذا الخطاب (سواء إذا كنا سنستخدم محاضرات أم أفلام

---

(١) مشكلة تعاطى المخدّرات بنظرة علمية ، مرجع سابق ، ص ص ٣٢ ، ٣٣.

موجهة .. إلخ)؟ ، أي : إلى مَنْ سنوجه جهود الوقاية الأولية؟ ، هنا يتضح أن طرح هذا السؤال إنَّما هو طرحٌ فى غاية الأهمية للأسباب الأربع التالية :

أولاً : الخطاب الذى يصلح لإقناع الشباب يختلفُ عن الخطاب الذى يلزم لإقناع الراشدين أو الكبار عموماً، وما يصلح لمخاطبة الذكور من الشباب لا يصلحُ لمخاطبة الشابات. وما يصلح لمخاطبة شباب المتعلمين يختلف عن الخطاب الذى يوجه بالتالى إلى الشباب من أنصاف الأميين أو الأميين . . . وهكذا.

ثانياً : جهود التوعية هى بالفعل أقل تكلفةً من تلك الجهود التى تبذل للعلاج، ولكن هذا لا يعنى بحالٍ من الأحوال - أنَّها غيرُ مكلفة على الإطلاق، ومن هذا المنطلق ينبغى أن توجه جهود التوعية بحيث يكون العائدُ منها كبيراً ومجدياً، حتى يقتنع المسئولون عن النواحى المالية بجدوى وأهمية هذه البرامج، وبالتالى يسهل تمويلها. ومن هنا ينبغى على مصمم البرنامج الوقائى أن يُحسن التدبير لإنجاح برنامجه، وذلك بتحديد مسبق ودقيق للفئة التى سيخاطبها هذا البرنامج حتى يأتى بالعائد المرجو.

ثالثاً : لضمان درجة معقولة من الكفاءة لأي برنامج وقائى يمكن أن يُصمم ، لابد من صياغة مجموعة عريضة جداً من الناس يصعب معها التقويم لتعديل ما يمكن تعديله ، والارتفاع بمستوى الكفاءة، كان لابد من وضع برنامج وقائى يُخاطب فئةً اجتماعيةً مُحدَّدةً حتى يسهل أن نضع لها تقويماً دقيقاً ، وأن تكون التكلفةُ الماليةُ أيضاً معقولة لاسيما ونحن نعانى من مشكلات اقتصادية جمَّة.

رابعاً : الحذر التام من توجيه الخطاب الوقائى إلى فئة غير محتاجة إلى هذا الخطاب أصلاً، خوفاً من أن يأتى بنتائج عكسية، فقد أوضح الدكتور «مصطفى سويف» فى العديد من الدراسات الميدانية التى قام بها هو ومعاونوه عن أن هناك ارتباطاً قوياً بين تعرُّض الشخص لكل ما يتعلَّق بالمواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد (سواء بالسمع أو بالرؤية .. إلخ) وارتفاع احتمالات أن يتحوَّل هو نفسه إلى متعاطٍ لهذه

المواد، حيث يبدأ بالرغبة فى التجريب، وقد يتطوَّر الأمرُ معه إلى ما هو أكثر من التجريب[1].

مرَّة أُخرى، عودة إلى السؤال الذى كنا قد طرحناه من قبل: لمن سنوجه جهود الوقاية الأولية؟ والإجابة هى : توجه هذه الجهود إلى أكثر الجماعات الاجتماعيَّة تعرُّضاً لاحتمالات التعاطى، أو ما اصطلح على تسميته بالجماعات تعرُّضًا لاحتمالات التعاطى ، أو ما اصطلح على تسميته بالجماعات الهشة أو الجماعات المستهدفة. Vulnerable Groups or rsk Groups .

ولكن كيف يمكن التعرّف على هذه الجماعات، بالطبع يمكن التعرُّف عليها عن طريق إجراء البحوث العلمية والميدانية للكشف عن مدى انتشار التعاطى والاعتماد وأنماطه السائدة فى المجتمع . وقد أُجريت فى مصر بالفعل عدةُ بحوثٍ ميدانية فى هذا المجال، فى الأسطر التالية سوف نوضح أهم العوامل التى يمكن علَى أساسها الحسم بما إذا كان شخصٌ ما يحسب على تلك الجماعات الهشة أو المستهدفة أم لا .

١ - وجود تاريخ للتعاطى أو للاعتماد فى الأسرة.

٢ - الأنهيار الأُسرى (نتيجة الطلاق أو الهجر بين الأبوين، أو وقوع خلافات مزمنة أو متكررة فى نطاق الأسرة).

٣ - اختلال الانضباط الأُسرى.

٤ - ضعف الوازع الدينى (أو القيمى بوجه عام).

٥ - صحبة أقران أو أصدقاء متعاطين أو معتمدين على المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد.

٦ - تدخين التبغ (السجائر) قبل بلوغ سن الثانية عشر من العُمْر.

٧ - الظروف السيئة فى بيئة العمل.

---

(١) المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية ، مرجع سابق، ص ص ١٩٦ - ١٩٩ (بتصرف).

٨ - سجل سيى فى نطاق العمل أو الدراسة(١).

وننوه فى هذا الصدد أنَّه لا ينبغى ونحن نصمم البرامج الوقائية الأولية إلى هذه الجماعات الهشة أو المستهدفة أن نستخدم أدوات الإعلام التى تخاطب الجمهور العام كالإذاعة والتليفزيون . . إلخ ، لهذا الغرض.

ويمكننا الآن أن ننتقل بالحديث عن جزئية ثانية وهى التى نبلورها بالسؤال التالى:

كيف نوجه جهود هذه التوعية سواء أكانت مادة التوعية تعتمد على القول كالأحاديث والمناقشات ، أو تصويرية كالأفلام؟ ، للإجابة على هذا التساؤل المهم سوف نتطرق لهذه المبادئ حتى يمكن الاسترشاد بها:

أولاً : الالتزام بالأسلوب التربوى المتكامل بدلاً من أسلوب التلقين :

والفرقُ الرئيسى فى هذا الصدد هو أنَّ أسلوب التلقين يعتمد أساساً على إعطاء المعلومة كأنَّها حقيقة معرفية خالصة ، وهذا غير صحيح فى سياق التوعية الذى نحن بصدده ، لكن الصحيح أننا بصدد الحديث عن مادة نفسيَّة (كالمخدرات مثلاً) فى سياق سلوكى ، أو من حيث هى مؤثرة فى تشكيل السلوك ، ومن ثمَّ فالواجب تقديمه فى سياق قيمى متكامل(٢).

ثانياً : الالتزام بالحقيقة دون مبالغة أو تهويل :

يعمد كثير من المتحدثين بلا قصد إلى المبالغة سواء فى وصف الآثار المباشرة أو غير المباشرة للمادة النفسيَّة المحدثة للاعتماد ، ووجه الخطأ فى ذلك كما يرى الدكتور «مصطفى سويف» أن المتحدث وهو يصف مشاعر النشوة التى تعترى المتعاطى بعد تعاطيه قد يجد نفسه (دون قصد أيضاً) وكأنه يُرغب بعض المتلقين لرسالته فى أن

---

(١) Soueif , M.I., Darweesh, Z.A.m Hannourah , M.A. & El- Sayed , A.M. The nonm- medical use of psychoacttive substances by Male Technical sehool students in Greater cairo : An ep - idemiological school students in Greater cairo : An ep - idemiological study , Drug & Alcohol Dependence , 1982.

(٢) Smart , R.G. & Fejer , D.Drug education : current isses , Tature directions, Toroto : ARF , 1974.

يجربوا الحصول على هذه النشوة !! ثم أن صيغ المبالغة بوجه عام مآلها إلى أن تفقد مصداقيتها لسبب أو لآخر، لذا ينبغى لمقدم برامج التوعية أن يبتعد ما أمكن عن أسلوب المبالغة، وأن يعتمد على تقديم الحقيقة فى صيغة معتدلة بلا تهويل أو تهوين[1].

ثالثاً: تجنبُّ الخوض فى التفاصيل الدقيقة:

يميلُ بعضُ المتحدثين إلى الخوض فى التفاصيل الدقيقة المتخصصة عندما يتحدثون مثلاً عن سلوكيات المتعاطين أو المعتمدين ، معتقدين أنَّه هو التمهيدُ المناسب لكى ينتقلوا بعد ذلك إلى النقد الشديد لهذه السلوكيات. ووجه الخطأ فى هذا أنَّ التفصيل الشديد فى وصف أي فعل يؤدى إلى تجسيم هذا الفعل أمام المتلقى بدرجة تجعلُ من اليسير عليه أن يحاكيه إذا أراد ذلك . . وفى هذا السياق يجب الامتناع تماماً عن الكلام تفصيلاً فى وصف أي طريقة من طرق التعاطى لأي مادة نفسيَّة سواء أكانت مخدرة أم منشطة أم مهلوسةً.

رابعاً: تناول موضوع المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد كجزء من كل:

المتحدث يُحسن صنعاً إذا هو قدم حديثه عن تعاطى هذه المادة النفسيَّة أو تلك فى سياق حديثه عن موضوع أشد اتساعاً كالعناية بالنشاطات الرياضية مثلاً. ففى ثنايا حديثه عن أهمية النشاطات الرياضية يأتى المتحدث عن موضوع المنشطات مثلاً على أساس أن بعض الرياضيين يتناولونها ، ويتخذ من هذا المدخل تمهيداً لحديث علمى مبسط ومكثف حول الآثار السيئة التى تخلفها هذه المواد فى الصحة البدنية والنفسيَّة وهو ما يتعارض مع ممارسة النشاطات الرياضية[2].

ونختتم هذه الجزئية بالعناية بالحالات تحت الإكلينيكية ، وهى وجود نسبة من متعاطى بعض المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد بدأوا تعاطيهم بغرض التداوى لا بغرض

---

(١) المخدِّرات والمجتمع نظرة تكاملية ، مرجع سابق، ص ٢٠٦ (بتصرف).
(٢) المرجع السابق ، ص ٢٠٧ (بتصرف).

الترويح والانتشاء ، وهم ممَّن يعانون من بعض الاضطرابات الصحيَّة البدنية أو النفسيَّة ، أو الاثنين معاً ولسبب لآخر لم يلجأوا إلى الطبيب ، أو لجأوا ولكنَّ حالتهم لم تتحسن ومن ثمَّ فقد أشار عليهم بعضُ الأهل أو الأصدقاء بأن يلجأوا إلى مخدر ما كالأفيون مثلاً، أو إلى بعض الحبوب المنشطة ... إلخ ، فأصبحوا بعد فترة محسوبين ضمن المتعاطين. ويستخدم في هذا الصدد اصطلاح الحالات تحت الإكلينيكية.

بينما هناك نسبة أخرى من الأفراد إلى جانب النسبة المذكورة، وهؤلاء قد تكون متاعبهم متبلورة وواضحةً ولكنهم مع هذا لا يقصدون الطبيب لأسباب متنوعة . والمشكلة هنا هي عدم توافر خدمات طبية باليسر أو الكفاءة المطلوبين في ظل الظروف السائدة في كثير من المجتمعات، وخاصةً مجتمعات الدول النامية، بينما الحصول على الخدمات الطبية ذات الكفاءة المعقولة أكبر عدد من المواطنين في القرى والمدن على حد سواء يؤدي بالقطع إلى تخفيض عدد المتعاطين بهدف التداوي لا بهدف الترويح أو الحصول على اللَّذة.

ويؤكد الدكتور «مصطفى سويف» أنَّه لا ينبغي أن نعتبر أن تلك الفئات هي فئات ضئيلة الحجم إلى الدرجة التي تبيحُ لنا أنّ نتجاهلها وهذا خطأ جسيم ، فجميع البحوث الميدانية التي قام بها وقام بها معاونوه أثبتت أنَّ هذه الفئات ذاتُ حجم لا يجوز تناسيه في تدابير الوقاية الأولية[1] .

---

(1) انظر : * خالد بدر : العلاقة بين تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب وكل من المرض الجسمي والنفسي، في تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين عمال الصناعة ، المجلة الاجتماعية القومية ١٩٩١م، ١/٢٨ ، ١٦٥-١٩٤ .

* الحسين عبدالمنعم : التعاطي غير الطبي للأدوية النفسية بين طلبة وطالبات الجامعات المصرية، في تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب الجامعات : دراسات ميدانية في الواقع المصري، المجلد السابع، القاهرة : المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ١٩٩٥م ، ٢٠١ - ٢٥٦ .

٢ - الوقاية من الدرجة الثانية (الوقاية الثانوية) :

يقصد بالوقاية من الدرجة الثانية التدخُّل العلاجى المبكر، بحيث يمكن وقف التمادى فى التعاطى لكى لا يصل بالشخص إلى مرحلة الاعتماد ، أي أن هذا المستوى من الإجراءات الوقائية يقوم على أساس الاعتراف بأنَّ الشخص أقدم بالفعل على التعاطى ولكنه لا يزال فى مراحله الأولى ومن ثمَّ نحاول إيقافه عن الاستمرار فيه.

ويستندُ هذا الأسلوبُ إلى نقطة رئيسة هى أنَّ هناك حقيقة كشف عنها جميع البحوث الميدانية وهى أنَّ نسبة كبيرةً من الشباب الذين يقدمون على التعاطى لا يلبثون أن يتراجعوا عنه تماماً. ويؤكد الدكتور «مصطفى سويف» أن البحوث الميدانية التى أجراها فى مصر على شرائح الطلاب الذكور، أنَّ نسبة الشباب الذين يتوقفون عن التعاطى (بعد خبرة أو اثنتين من البدء) إلى من يستمرون كنسبة ٤ : ١ ، وتصدق هذه النسبة على جميع المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد.

من أجل هذا يجب التدخُّل من خلال هذه الإجراءات الثانوية للحد من خطورة التعاطى على ضوء النسب السابقة المشجعة[١].

هذا وتبرز مشكلة مهمة فى مثل هذه الإجراءات الثانوية حول كيفية العثور على حالات التعاطى المبكرة Early Detection والتقاطها لتكون هدفاً لإجراءات بعينها تساعدها على التراجع عن التعاطى فى وقتٍ معقول.

فى هذا الصدد يوجد نوعان من الإجراءات ، النوع الأول فردى، وخاصةً فى العيادات الموجهة للكشف الطبى على الشباب كعيادات الصحَّة المدرسيَّة ، ففى هذه العيادات يمكن للأطباء إضافة بضع أسئلة إلى أسئلتهم التى اعتادوا أن يسألوها على مرضاهم أثناء الفحص الإكلينيكى ، بحيث يكتشفون حالات التعاطى المبكر.

---

(١) المخدِّرات والمجتمع نظرة تكاملية ، مرجع سابق ، ص ص ٢٠٩ - ٢١١ (بتصرف).

وهناك النوع الثانى وهو بطبيعته يحتاجُ إلى أن تكون هناك سياسةٌ عامة فى الدولة، وفى مؤسساتها تقتضى الكشف عن حالات التعاطى بين الشباب المتقدمين للالتحاق بمجالات مُعيَّنة كالخدمة العسكرية ، والطيران، والالتحاق بالجامعات، والالتحاق بالنوادى أو الفرق الرياضية . . إلخ، بحيث يُجرى فحصُ عيناتٍ من السوائل البيولوجية للكشف عن أية آثار للمواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد قبل أن يُسمح لهم بالالتحاق بأي من هذه المؤسسات(١).

٣ - الوقاية من الدرجة الثالثة :

المقصود به وقاية المعتمد على المواد النفسيَّة من مزيد من التدهوُر الطبى ، أو الطبى/النفسى، أو السلوكى. وينطوى هذا المفهومُ على الاعتراف بأنَّ الأخصائى الإكلينيكى يلتقى أحياناً بحالات لا تستطيع أن تكف عن التعاطى، وإذا توقفت لفترات محددة فهى لا تلبث أن تنتكس. فى هذه الحالة يطبق مفهوم الوقاية بمعنى أن مُجرَّد التزام هذا المعتمد بالانقطاع من حين لآخر يُعتبر هدفاً لا بأس به لأنَّ من شأنه أنْ يقلل - إلى حد ما - من احتمالات التدهوُر الصحى.

ويتوسعُ البعضُ - أحيانًا - فى التعامُل مع هذا المفهوم على أساس من ابتكار بعض الأساليب المرنة التى تسمح للمعتمدين أن يعيشوا حياةً أقرب إلى السواء، ولكن تحت المراقبة الأمنية والطبية، مع تلقى بعض الخدمات الطبية والمعيشية التى تعينهم على الاستمرار متوقفين عن التعاطى، فإذا تبيَّن فى لحظة ما، أنَّهم انتكسوا أُعيدوا إلى السجون مرة أخرى.

ويتوسع البعض أكثر من ذلك فيتعاملون مع هذا المفهوم على أن ينسحب على جميع إجراءات العلاج وإعادة التأهيل ، باعتبارها جميعاً تهدف إلى وقاية المتعاطى من العودة إلى تعاطيه ، ووقاية المجتمع من النتائج المترتبة على مزيد من تردى الحالة فى محيط الأسرة أو العمل أو المجتمع العريض(٢).

---

(١) المرجع السابق، ص ص ٢١٢ - ٢١٥ (بتصرف).

(٢) انظر لجنة المستشارين العلميين ، استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدِّرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان: التقرير النهائى، القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعيَّة والجنائية، ١٩٩٢م.

بالنسبة لبرامج الوقاية :

١ - من بين النتائج المهمة التى تكرر ظهورها فى عددٍ من البحوث التى أُجريت فى مصر تحديد العُمْر الذى يبدأ فيه التعاطى، فهو ما بين سن خمسة عشر عاماً إلى سبعة عشر عاماً . حيث يتم تدخين التبغ (السجائر) وتعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد، بينما يتناقص التعاطى عند سن العشرين، أمَّا عند سن الثلاثين فهناك ندرة فى بدء التعاطى. وهذه النتائج تنطوى على اعتبارين هامين هما:

(أ) لا فائدة من تقديم برامج للوقاية الأولية (من الدرجة الأولى) إلى رجال فوق سن الثلاثين.

(ب) إن أفضل عائدٍ يعود علينا من برامج الوقاية الأولية أن توجه هذه البرامج إلى من تقع أعمارهم فى الفترة منه خمسة عشر عاماً إلى سبعة عشر عاماً.

٢ - معظم الشباب يبدءون خطواتهم الأولى فى التعاطى بمرحلة تُسمى «المرحلة التجريبية» ، حيث يجربون مغامرة التعاطى، ثم تتراجعُ عنها نسبةٌ كبيرةٌ، والذى يبقى ويواصل التعاطى هى نسبة محدودة تتراوح بين ٢٥٪ و ٣٥٪ . وهنا نستنتج أنَّ التكلفة تظل داخل حدود معقولة لأنَّ الجمهور الذى نوجه إليه البرامج الوقائية جمهور محدود نسبيّا.

٣ - هناك حقيقة مؤداها أنَّ نسبةٍ تتراوح بين ٢٪ و ١٠٪ ممَّن لا يتعاطون ولم يجربوا التعاطى هم فى حقيقتهم مستعدون لخوض التجربة إذا سنحت لهم الظروف، وعلى ضوء هذه الحقيقة لم يعد يكفى لمخططى السياسات الوقائية أنّ يعرفوا مقدماً نوعية وعدد الذين أُقبلوا على مغامرة التعاطى ولو لمرة واحدة، بل لابد لهم من أن يعرفوا شيئاً عن حجم هذه النسبة المحدودة المستترة داخل غير المتعاطين.

٤ - وجد أن ١٠٪ من عينات الطلاب موضع الدراسة تعتقدُ أن تعاطى الأدوية المختلفة مفيدٌ حتى لو كان ذلك بدون إذن الطبيب . . وهناك نسبُ تتراوح بين ٢٪ و٥٪ تعتقد الاعتقاد نفسه بالنسبة للمواد النفسيَّة الطبيعية. ويلاحظ أنَّ مَنْ يعتقدون

ذلك ليسوا من المتعاطين فقط، بل إنَّ بعضهم من الشباب غير المتعاطين. لذا يلزم من واضعى البرامج الوقائية أن ينشروا المعلومات العلمية التى تجمع بين الأمانة العلمية وبين التبسيط، عن الآثار القريبة والبعيدة لتعاطى هذه المواد. على أن يراعى دائماً أن تنشر المعلومات بإتزان شديد.

٥ - تم التوصل إلى نتيجة مهمة وهى وجود علاقة إيجابية وقوية بين دخول الشباب فعلاً فى تجربة التعاطى وبين مقدار تعرُّضهم لموضوعات تتعلَّق بالمواد النفسيَّة المحدثة للإعتماد سواء بالسماع أو بالرؤية أو بالقراءة. . . إلخ، هذه النتيجة تلقى على عاتق مخططى برنامج الوقاية مهمة خلاصتها أن ينظروا فى كيفية الإقلال من تنعرّفض الشباب لهذه المثيرات المرتبطة بالمواد النفسية كالمخدَّرات.

ومن الجدير بالذكر فى هذا الصدد أن أحد المصادر الهامة لهذه المثيرات وسائل الإعلام. وقد ورد ضمن النتائج التى تم التوصل إليها أن المذياع «الراديو» و«التلفاز» التليفزيون «والسينما» تأتى فى مقدمة المصادر التى يتعرَّض الشباب من خلالها لتلك المثيرات، وتأتى بعد ذلك الصحف اليومية والمجالات الأسبوعية، وفى المرتبة الثالثة يأتى الأصدقاء وزملاء الدراسة وأخيراً يأتى الجيران والأقارب.

٦ - وجد أيضاً أن المتعاطين من الشباب ينقسمون من حيث خبراتهم فى بدء التعاطى إلى فئتين: فئةٌ لعبت فى خبرة البدء هذه دوراً سلبيّا، فقد تعرضوا لضغوط من المحيطين بهم (أصدقاء أو أقرباء . . إلخ) وانحصر دورهم فى الاستجابة لهذه الضغوط، فبدأوا التعاطى، وهؤلاء الغالبية . . وهناك فئةٌ أخرى تتراوح بين ٥٪ فى حالة المواد النفسيَّة الطبيعية، و٤٠٪ فى حالة الأدوية المخلقة قاموا بدور إيجابى، فقد بذلوا جهداً إيجابياً فى سبيل معايشة خبرة التعاطى، هاتان فئتان مختلفتان من الناحية النفسية، لا يجوز لواضعى البرامج الوقائية طمس الفروق بينهما. . وبالتالى لا بد من أن نحسب حساب هذين النموذجين وليس نموذجاً واحداً، عند إعداد البرامج الوقائية(١).

---

(١) مشكلة تعاطى المخدرات بنظرة علمية، مرجع سابق، ص ص ٣٥ - ٣٩ (بتصرف).

الوقاية من تعاطى بعض المواد النفسية المخدرة:

الأفيون ومشتقاته:

١ - من حيث التشريع:

كانت صبغة الأفيون تُباع فى الصيدليات وصفات (روشتات) طبية، وكان أول قانون نظم هذا الأمر هو قانون «هاريسون» الذى صدر عام ١٩١٤م فى الولايات المتحدة الأمريكية والذى نصّ على عدم صرف هذه المركبات إلاّ بوصفة طبية، ثم تتابعت القوانين المحلية والدولية التى انتهت بقانون سوء استعمال الأدوية عام ١٩٧٣م Misuse Regulation وتصنفُ العقاقيرُ وفق هذا النظام إلى قوائم. القائمة الأولى تحتوى على المركبات المسموح باستيرادها واستعمالها طبيّا وتشمل الكودايين الذى يقل تركيزه فيها عن ١,٠٪ أمّا الأدوية المدرجة فى القوائم الثانية والثالثة فتخضع لمراقبة شديدة ولإجراءات كتابية يلتزم بها الأطباء والصيادلة ومن يُجاز لهم الحصول على هذه المركبات. أمّا القائمة الرابعة فتتضمن الحشيش وعقاقير الهلوسة والأفيون وأوراق الكوكا، ويحرم القانونُ استيرادها أو تداولها أو استعمالها إلاّ بواسطة مؤسسات حكومية مرخصة وفى أضيق الحدود. ومن حق وزير الصحة أن يدرج أي مركب فى القائمة الخامسة عند وجود ضرورة لذلك.

٢ - من حيث مكافحة زراعة الخشخاش:

فى عام ١٩٧٣م كان ٨٠٪ من الهيروين المُهرب إلى الولايات المتحدة الأمريكية من حقول الخشاش فى تركيا، وفى الستينيات من القرن الماضى قامت الحكومةُ الأمريكية بالضغط على الحكومة التركية عام ١٩٧١م من القرن المنصرم أنّها ستحرم زراعة الأفيون ابتداءً من خريف عام ١٩٧٢م شريطة أن تدفع الحكومة الأمريكية خمسةً وثلاثين مليون دولار تعويضاً للمزارعين. وفى عام ١٩٧٤م تراجعت تركيا عن رأيها وأصبح ما يُسمى بالمثلث الذهبى بورما، ولاوس، وتايلاند من مصادر الأفيون المهمة، تليها فى ذلك الهند ثم إيران ولبنان وأفغانستان والمكسيك، ولا شك أن الإغراء بزراعة الخشخاش للحصول على الأفيون بالنسبة للفلاح التركى أمرٌ

لايقاوم. كيلو جرام الأفيون يُباع بصورةٍ مباحة بحوالى عشر دولارات أي أن عشرة كيلو جرام أفيون تساوى ثلاثمائة دولار، وبعد تحويل الأفيون إلى مروفين يرتفع ثمنه إلى خمسمائة دولار، ويرتفع ثمنه عند وصوله إلى الموانئ الفرنسية إلى ألف دولار، وعند تحويل المورفين إلى هيروين يبلغ ثمن الكيلو من أربعة آلاف إلى ستة آلاف دولار فى فرنسا، ومن عشرة آلاف دولار إلى خمسة عشر آلاف دولار فى الولايات المتحدة الأمريكية، ويُباع هناك إلى الموزعين بسعر يتراوح بين ثلاثين ألف دولار إلى أربعين ألف دولار للكيلو الواحد، ويقوم الموزعون بغش الهيروين ومزجه بالشوائب مثل السكر أو الكينين، ويضيف إليه الموزعون الصغار شوائب أُخرى وبذلك يصبح ثمن كيلو الهيروين مائتين وخمسين ألف دولار، فيحصل المتعطى على خمسة مجم هيروين مغشوش بخمسة دولارات، ويقدر ربح العصابات التى تتاجر فى هذه المواد النفسيَّة بحوالى ٢,٢ بليون دولار سنوياً (لابد أن نلاحظ أن هذه الأرقام هى أرقام قديمة ترجع إلى السبعينيات من القرن الماضى) وبعد هذا العرض يتضح لنا صعوبة التحكُّم فى زراعة الأفيون والقضاء عليه فى منابعه بالصورة الشاملة والمطلوبة إن لم تتضافر جهات معنية كثيرة على المستوى الدولى العالمى.

٣ - من حيث التوعية :

يرى المختصون فى هذا الموضوع تركيز التوعية على الجماعات المهنية التى تساعد فى منع اكتساب التعاطى مثل الأطباء والباحثين الاجتماعيين والمُعلِّمين . . وقد أشار «دالاركون» و«راثود» عام ١٩٦٨م إلى أهمية توعية الممارس العام بطرق اكتشاف المتعاطين أو المعتمدين والتعامُل معهم ومع أسرهم(١).

المنومات والمهدئات :

تعتمد الوقاية على إدراج المنومات ذات القابلية العالية لإحداث الاعتماد فى الجدول رقم (٢) الذى حددته اتفاقية فيينا عام ١٩٧١م للأدوية النفسيَّة ، والتى تخول

(١) Alarcon De R.and Rathod .H.N : Prevalence And Early Dete - Ction of Heroin Abuse . B. MJ , 2, 54 - 553 . 1968.

وزير الصحة فى إدراج أي مادة يرى فيها خطورة فى قوائم خاصة معدةً لذلك، بحيث يحظر صرفها إلاَّ بواسطة الأخصائيين وتسجيل هذه الأدوية فى دفاتر خاصة . أمَّا المركبات المدرجة فى القائمة رقم (١) فيحظر استيرادها وتداولها إلاَّ لأغراض البحث العلمى وبعد موافقة الجهات المسئولية .

والتوعية الخاصَّة بالمنومات توجه أساساً للأطباء ثم الجمهور بصفة عامة. وقد تتبع أساليب مشابهة للتى تتبع فى حالة الخمر .

* بعض النصائح لمن يستخدم المهدئات أو المنومات :

١ - اتبع الجرعة التى يصفها الطبيب ولا تتجاوزها بأي حال من الأحوال بوحى من ذاتك لأن ذلك يؤدى إلى الاحتمال (تحمُّل الجسم لجرعات أكبر) والاعتماد .

٢ - إذا شعرت أنك لا تحتاج إلى مهدئ أو منوم فمن حقك أن ترفض الدواء .

٣ - إذا شعرت أن الدواء لا يفيدك فراجع طبيبك وأخبره بذلك .

٤ - لا تشرب الخمر إذا كنت تستعمل مهدئات أو منومات لأن هذه الأدوية تزيد من مفعول الخمر ومن مضاعفاتها وتُسبب التسمُّم والسُكر بسرعة .

٥ - احفظ هذه الأدوية فى مكان أمين بعيداً عن متناول يد الأطفال .

٦ - إذا كنت تستعمل منوماً فخذ الجرعة ثم احفظ علبة الدواء فى غرفة أخرى غير غرفة النوم حتى لا تتجاوز الجرعة الموصوفة .

٧ - تجنُّب قيادة السيارة أو تشغيل الآلات الخطرة إذا كنت تستعمل هذه الأدوية، وخذ رأى طبيبك إذا كنت مضطراً لذلك .

٨ - إذا كنت تستعمل المهدئات أو المنومات لمدة شهور فلا تحاول الامتناع عنها فجأة واستشير طبيبك المعالجة الذى سيساعدك على الامتناع عنها تدريجيّاً .

٩ - تذكر أن المنومات والمهدئات تتفاعل مع الأدوية الأخرى لتسبب أعراضاً غير مرغوب فيها، فهى تتفاعل مع الأودية التى تزيد سيولة الدم والتى يستخدمها مرضى الجلطة ومع بعض المضادات الحيوية وأدوية الحساسية وبعضها مضادات الاكتئاب .

١٠- تذكر أن عشرة أمثال الجرعة التى يصفها لك الطبيب قد يؤدى إلى الوفاة.

١١- تعلم وسائل الإسعاف لمساعدة الأشخاص الذين يتناولون جرعة كبير قبل نقلهم للمستشفى[1].

(١) الإدمان مظاهره وعلاجه ، مرجع سابق، ص ص ١٥٦ ، ١٥٧.

• الفصل الحادى عشر •

دور الأسرة والمدرسة في تحصين أطفالنا وشبابنا من مخاطر تعاطي واعتماد المواد النفسية المخدرة

تمهيد

نعول كثيراً على دور كل من الأسرة والمدرسة فى التصدى المبكر للحد من خطورة تعاطى واعتماد المواد النفسية المحدثة للاعتماد، وعلى الأخص ما يعرف بالمواد النفسية المخدرة من أفيون ومورفين وهيروين ومنومات ومهدئات. ونؤكد فى هذا الصدد أنَّه لا يمكن تصور أساليب وقائية ناجحة وفاعلة إذا كنا سنعمل بمعزل عن الأسرة والمدرسة . من هذا المنطلق فقد رأيت أن أخصص هذا الفصل المهم لاستعراض أهم الأدوار التى يمكن أن تقوم بها هاتين المؤسستين فى تحصين أطفالنا وشبابنا من مخاطر تعاطى واعتماد المواد النفسيَّة بكافة أنواعها وأشكالها، وهو الأمر الذى يتطلب بالقطع تربية سوية ومتكاملة تحول دون التعاطى والاعتماد على أي من المواد النفسية.

أولاً : دور الأسرة :

يمكن اعتبار الأسرة وحدة حية ديناميكية لها وظيفة تهدف إلى نمو الطفل نمواً اجتماعيّا تنشئته تنشئة اجتماعية، ويتحقق هذا الهدف عن طريق التفاعل العائلى داخل الأسرة، والذى يلعب دوراً حيوياً فى تكوين شخصية الطفل وتوجيه سلوكه، ولأن الأسرة نظام ديناميكى ، فالعلاقة بين الفرد وأسرته علاقة تبادلية ، فهو يتأثر بها، ويؤثر فيها، فلا أحد فيها بمعزل عن الآخر.

التحديات التى تواجه الأسرة المصرية وعلاقتها بمشكلة التعاطى والاعتماد:

على ضوء التعريف السابق للأسرة بأنَّها نظام ديناميكى يعنى التفاعل التام بين جميع أفرادها ، لذلك فإن أي اعوجاج فى مهامها يعنى انتقال هذا الإعوجاج إلى أبنائها ممَّا ينذر بسوء العواقب.

من الواضح الآن ، ومع حلول الألفية الثالثة فإنَّ الأسرة العربية بوجه عام، والأسرة المصرية بوجه خاص، باتت تواجه العديد من التحديات التى أراها - بكل صدق وموضوعية - تحديات سوف تنال بشكل أو بآخر، هذا إن لم تتيقظ جيداً لدرء هذا الخطر الداهم.

أنا أرى أن هناك علاقة موجبة بين هذه التحديات وبين تعاطى أطفالنا وشبابنا للمواد النفسية المحدثة للاعتماد بكافة أنواعها وأشكالها.

من هذا المنطلق سوف أعرض لأهم هذه التحديات : طبيعتها، وأسبابها، وتأثيراتها كي نعمل ما أمكننا على تلافيها مستقبلاً، لأنَّ هذا يعنى تحصين أطفالنا وشبابنا من مخاطر التعاطى والاعتماد، وبحيث يستقيم المعنى أو الغرض الحقيقى لمفهوم الوقاية Rrevention التى هى أهم وأفضل من العلاج.

التحدى الأول : تغير بنية الأسرة وأساليب معيشتها :

التغيُّرات العالمية السريعة والمتلاحقة ، سواء التغيُّرات المادية، أو الاقتصادية، أو الاجتماعية ، أو الثقافية ، وما يُعرف بالعولمة ، أدى إلى ظهور معطيات جديدة عملت على إيجاد ظروف مُعيَّنة راحت تُصيب قيم الأسرة العربية والمصرية وتقاليدها وتماسكها، إذ طغت المصلحة الفردية على الأفراد بما فيهم الصغار والكبار، وازدادات كذلك شبكة اتصالاتهم تعقيداً وتشاباكاً كما ازدادات اتساعاً وانتشاراً خارج نطاق الأسرة وحدود القرابة(١).

كذلك تسارعت حدة وسرعة «الحراك الاجتماعى»(٢). الرأسى والأفقى،

(١) تماضر حسون : دور الأسرة فى وقاية أبنائها من تعاطى المخدِّرات، ح٢ ، مجلة الفيصل ، السعودية : دار الفيصل الثقافية ، مارس ١٩٩٥م، العدد ٢٢٠ ، ص١٠٧(بتصرف).

(٢) الحراك الاجتماعى Socical Mobility . الحراك يعنى الحركة، والحركة : انتقال الجسم من مكان إلى آخر. وهناك حراك أفقي، ويُقصد به : انتقال الأفراد والجماعات من مركز اجتماعي إلى مركز آخر داخل نفس الطبقة الاجتماعية. وهناك حراك رأسي، أي انتقال الأفراد والجماعات من طبقة إلى أخرى، وقد يكون هذا الحراك إلى طبقة اجتماعية أعلى، كما أنه قد يكون إلى طبقة اجتماعية أدنى.
انظر : على محمود إسلام الفار : معجم علم الاجتماع ، ط ٢، القاهرة : دارالمعارف، ٢٠٠١م، ص ٤٥١.
Warner , W.L, Meeker, M. And Eells, K., Social claial Class in America Gloucester , Mass., Peter Smith, 1957.
مجمع اللغة العربية، المعجم الوسيط، جـ١ ، القاهرة: مطبعة مصر، ١٩٦٠م، ص ١٦٨.

وضعفت سلطة الأسرة وهيبتها وبالتالى ضعفت معها عملية الضبط الاجتماعى أوالرقابة الاجتماعية Social Contral والتى نعتبرها التأثيرات التى تمارسها الجماعة ومختلف المؤسسات والمنظمات والهيئات، على سلوك الأفراد داخل الجماعة، والضبط هو وسيلة من وسائل الضغط لحمل الفرد على اعتناق التقاليد والقيم السائدة فى مجتمعه ، كما أنّه محاولة منظمة للسيطرة على أفراد الجماعة، مثلما أنّه يُشير إلى التحكم بالعلاقات الاجتماعية ،والإشراف على أنماط السلوك(١) .

هذا وقد طغى الطابع المادى الشرس على أسلوب حياة الأسرة وأفرادها، كبيراً وصغيراً، وأفرز هذا الوضع المتردى مجموعة من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية كان بالطبع على رأسها مشكلة تعاطى واعتماد على المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد غير المشروعة .

ولكن على الرغم من ذلك تستطيع الأسرة إذا تماسكت وخففت من مسحة المادية التى بدأت تطغى على حياتها بشكل منفر، ومنحت عمليتى الضبط الاجتماعى والتنشئة الاجتماعيَّة(٢) . اهتماماً وحرصاً أكبر فإنها ستتمكن فى النهاية من أن تساعد صغارها منذ طفولتهم الأولى على أن يمروا خلال فترة (المراهقة)(٣) بسلام دون

---

(١) موسوعة علم النفس، مرجع سابق، ص ١٧٨ .

(٢) التنشئة الاجتماعية Socialization فى كل المجتمعات عملية مستمرة تبدأ منذ وقت الولادة وتستمر طوال حياة الفرد. فالوليد يجهل تماماً التراث الثقافى للمجتمع الذى يولد فيه . ولا شك أن الأسرة تلعب دوراً هاماً فى التنشئة الاجتماعية للطفل، فهى ، مثلاً تعلمه اللغة وأنماط السلوك والقيم السائدة فى المجتمع. ويساعد الأسرة فى ذلك مؤسسات وجماعات كثيرة يصعب حصرها بدءاً من المدرسة وجماعات الأصدقاء ومؤسسات الإعلام والمؤسسات الدينية والهيئات الإجتماعية والسياسية .
والتنشئة الاجتماعية بهذا المعنى تؤكد أنها تبدأ مع ولادة الإنسان طفلاً وتظل صاحبه حتى وفاته مهما كبر سنه .

Baals, R.L and Hoijer , H.An Introduction to Anthropology, The Macmillan company, New york , 1956, P.P. 570 - 572.

موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، مرجع سابق، ص ٢٥٤ (بتصرف) .

(٣) المراهقة Adolescence مرحلة من مراحل التطور تبدأ من البلوغ، وتتسم بحشد من التغيرات الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية بجنباتها المختلفة، وتدخل فى إطارٍ عام نفس النمو ، وهىَ تقع بين الطفولة والشرد. وأصلها فى اللاتينية الفعل Adolscere الذى يعنى التدرج نحو الرشد بكافة أوجهه بينما يأتى اشتقاقها فى اللغة العربية من الفعل «رهق» وهو ما يعنى الحمق والجهل بقدر ما يعنى دخول الوقت والدنو واللحاق والقرب. وإذا كان من السهل تحديد بداية المراهقة ببدء البلوغ الجنسى ، إلاَّ أنَّه من الصعب الانفاق على نهايتها .
موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، مرجع سابق، ص ٧٠٤ (بتصرف) .

انحرافات، ومن ثمَّ تستطيع إلى حد كبير من تقليل احتمالات تعاطى المواد النفسية المحدثة للاعتماد لصغارها ومراهقيها مستقبلاً.

التحدي الثاني: هجرة الآباء وترك الأبناء:

أُجزم بأن الأسرة هى البيئة الوحيدة القادرة على توفير أسباب الأمن والاطمئنان لأبنائها. ولكن وسط المتغيرات التى راحت تُهدِّد كيان الأسرة صارت مهمة الآباء اليوم تتمركز أو كادت فى تهيئة جانب واحد فقط من الجوانب التى تسهم فى عملية النمو وهو توفير الأمن الاقتصادى للأبناء، مع إهمال بقية الجانب الأخرى كالجوانب النفسية والخُلقية والروحيَّة وهذا ما يؤكد أنه ثمة خلل بدأ يعترى كيان الأسرة ممَّا يُهدد بتفتتها وانعدام دورها الحيوى، فالكثير من الآباء يظنون أن توفير الجانب المادى بات يُشكل ضرورة أساسية ومُلحَّة، لذلك تكالب الآباء على جمع المال بشتى الطرق والوسائل ظناً منهم أن المال قد أصبح كل شىء!!

لقد أصبح واقع هذه الأيام واقعاً سيئاً بكل ما تحمله الكلمة من معان ودلالات، فهناك الآلاف من الآباء يتركون أُسرهم سعياً وراء تحسين وسائل معيشتهم، متناسين أن هذا المال الذى يقدمونه لأسرهم لن يكون بحال من الأحوال تعويضاً مناسباً، لأن المال هو «جزء» من متطلبات الحياة وليس «الكل».

فى إحدى الإحصائيات بيَّنت أن عدد الآباء المصريين المهاجرين سعياً وراء المال للعمل بالمملكة العربية السعودية حوالى نصف مليون فرد، بينما بلغ عدد الآباء الذين هاجروا للعمل فى دولة الكويت حوالى ٢٢٠ ألف فرد، فضلاً عن آلاف غيرهم هاجروا للعمل فى بلاد عربية أخرى.

إننى أُجزم مرَّة أخرى أن وجود الأب داخل نطاق أسرته إنما هو وجودا حيويّا للغاية، فالابن يرى فى أبيه أنَّه بمثابة الجهاز الدفاعي الأول الصالح للعمل، لأنه يقوم بمهمة الدفاع عنه وعن إخوته وعن والدته أيضاً. كما يمكننى اعتبار الأب هو واضع الحدود للأبناء، فهو الذى يعاقبهم إذا ما تخطوا الحدود المرسومة، أي أنَّه ممثل السلطة الوالدية، لذلك فإن غيابه يُعرِّض الأسرة للأخطار، كما يُعرض الأبناء لتجاوز الحدود السلوكية المرغوبة وعدم الاكتراث بها.

إذاً فلا نلوم هؤلاء الأبناء إذا ماخالطوا رفقاء السوء ، أو عزقوا فى خبرات جنسية مبكرة ، أو إذا تعاطوا أو اعتمدوا على المواد النفسيَّة المخدرة أو المنشطة أو المهلوسة .

ولعل الدكتور «جمال ماضى أبو العزايم» يوضح بأن مشكلة التعاطى والاعتماد سببها الرئيس هو أصدقاء السوء ، ففى عام ١٩٦٧م كانت نسبة الاعتماد بين الشباب بسبب أصدقاء السوء ٣٠٪، حتى وصلت هذه النسبة فى عام ١٩٩٣م إلى ٩٠٪ ، والسبب فى ذلك كان غياب الآباء!!

التحدى الثالث : ضيق المسكن وعدم اتساعه لكل الأبناء :

ضيق المسكن يؤثر على صحة الأطفال النفسيَّة بالسَّلب ، بل ويؤثر على صحة الكبار النفسيَّة بالسَّلب أيضاً، لأن المسكن الضيق لا يهيىء للآباء أي نوع من أنواع الهدوء أو الاستقرار، فضلاً عن أنَّ الطفل بطبيعة تكوينه ونموه يميل إلى الحركة واللَّعب والمرح وهذا يتطلب بالقطع حيزاً متسعاً بعض الشيء.

وضيق المسكن قد يدفع الوالدين إلى تشجيع أبنائهم على الخروج من المسكن رغبةً فى مزيد من الهدوء والسكينة وخاصة فى الفترات التى تلى عودتهم من أشغالهم أو أعمالهم، ولعلَّ هذا التصرف ينتج عنه نتائج سيئة ،فالأطفال قد يلتقون فى الشارع بمن هم دون مستواهم الخُلقى أو العقلى أو الاجتماعى، وهنا يُتاح للأبناء اكتساب خبرات من الآخرين دون إشراف أو رقابة الوالدين، فيكتسب هؤلاء الأبناء خبرات وأنماط سلوكية غير مرغوب فيها قد تؤثَّر فى نموهم النفسى أو الاجتماعى أو العقلى نموّاً سالباً، وقد ثبت أن لرفاق السوء تأثير ضار جداً فى تنشئة الأطفال، فيحنما لا يتدخل الأب أو الأم فى انتقاء الأصدقاء فقد ينحرف الطفل ويسوء الاختيار، فهذا طفل تعرَّف بصديق يقطن إلى جواره فى المسكن يكبره بعدة سنوات، كان يرافقه فى رحلات قصيرة فى الأوقات التى كان الأبوان يسمحان له بالخروج خارج المسكن ، ولسوء الحظ كان هذا الصديق منحرفاً سلوكيّا، إذا كان يتعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد، ولَّما كان الطفل يقع تحت تأثيره، وكان الأبوان فى غفلة عن ابنهما ، فقد انتهت هذه الصداقة باشتراكهما فى تعاطى هذه المواد!!

تلك كانت التحديات الصعبة التى تواجه الأسرة فى هذه الآونة، والتى رأينا أنَّها تُسهم بشكل أو بآخر فى إذكاء روح التعاطى بين أطفالنا وشبابنا ، والآن ننتقل إلى استعراض أهم الأساليب اللاتربوية والتى نراها تؤثر أيضاً فى ظهور المشكلة وانتشارها.

أهم الأساليب اللاتربوية التى تؤدى إلى تفاقم مشكلة تعاطى المواد النفسية المحدثة للاعتماد :[1]

أولاً : جو الأسرة المشحون بالعنف :

مثل المنازعات الزوجية والتى تأخذ مظاهر متعددة تبدأ بالصراخ، وتنتهى بالاعتداء البدنى. وهو الأمر الذى يؤدى فى النهاية إلى إنتاج شخصيات حقودة، خائفة تتميز بالعجز والقصور فتلجأ إلى تعاطى واعتماد المواد النفسية.

ثانياً : التربية الأسرية التسلُّطية :

أثبتت الدراسات الاجتماعية والتربوية أنَّ النجاح والتفوق الدراسى كانا على الدوام من نصيب الأبناء الذين ينتمون إلى أوساط اجتماعية تتميز بسيادة العلاقات الديمقراطية . وأن التربية التسلطية من شأنها تفريغ الإنسان من محتواه، واستلاب جوهره الإنسانى، وحرمانه من هامش الحرية الضرورى لتفتُّح شخصيته الإنسانية ممَّا يمهد السبيل للتعاطى والاعتماد.

ثالثاً : القسوة والتفرقة فى معاملة الأبناء :

تتمثَّل القسوة فى استخدام أساليب العقاب البدنية، أي فى كل ما يؤدى إلى إثارة الألم الجسمى كأسلوب فى عملية التربية، والابن الذى يعتاد الضرب المبرح هو ابن ينزع إلى التمرد والعدوانية كوسيلة للتنفيس. وهناك من الآباء من يلجأ إلى إثارة الألم كنوع من أنواع العقاب عن طريق إشعار الطفل بالذنب، وقد يكون أيضاً عن طريق تحقير الطفل والتقليل من شأنه ممَّا يفقده ثقته بنفسه.

---

(١) انظر : وفيق صفوت مختار : أبناؤنا وصحتهم النفسية ، القاهرة ، دار العلم والثقافة، ٢٠٠١م.

أمَّا التفرقة فى المعاملة بين الأبناء، فهى تُعبر عن أسلوب لا تربوى يعتمد على عدم المساواة بين الأطفال، والتفضيل بينهم، والابن الذى يُحَابى يحب أنْ يستحوذ على كل شىء ، غير عابىء بالآخرين، عموماً، القسوة فى المعاملة والتفرقة أيضاً تخلق شخصيات اعتمادية.

رابعاً : شعورالأبناء بأنهم غير مرغوب فيهم :

كأن يشعر الأبناء بعدم الاكتراث بهم، والتهديد المستمر بتوقيع العقاب البدنى المؤلم، والتهديد بالطرد من المنزل ، وكثرة التحذيرات ، وإذلال الطفل كنقده والسخرية منه، وعدم حماية الأطفال أو الاهتمام بشؤونهم أو مصالحهم. وممَّا لا شك فيه أن هذه الممارسات السلبية تجاه الأبناء يترتب عليها أضرار خطيرة كالقيام بسلوكيات شاذة تتميَّز بالمقاومة والعدوان والثورة والعناد والتدخين والتعاطى والاعتماد.

خامساً : التساهل والإهمال فى التربية :

التساهل يعنى ترك الأبناء يفعلون ما يشاءوا ، بلا ضابط أو رابط، فيؤدى ذلك إلى تنشئة أطفال لا يحفلون البتة بمراعاة القواعد والأصول المعمول بها.

أمَّا الإهمال ، فهو يتمثَّل فى ترك الطفل أو الشاب دون تشجيع من والديه على أي سلوك مرغوب فيه أتى به، أو دون محاسبة على أي سلوك غير مرغوب فيه قام به.

والإهمال يفقد الابن الإحساس بمكانته فى الأسرة ويفقده الإحساس بحبهم له، وانتمائه لهم، فيترتب على ذلك شخصية قلقة، مترددة، تتخبط فى سلوكها بلا قواعد أو قوانين أو حدود فاصلة واضحة، ولا غرو أن ينضم الطفل أو الشاب إلى جماعات محبطة أيضاً من رفاقه وأترابه يندمجون فى أعمال سيئة كالتدخين وتعاطى المواد النفسية المحدثة للاعتماد.

سادساً: التدليل وفرط الحماية:

يتمثل التدليل فى تشجيع الطفل أو الشاب على تحقيق معظم رغباته المُلحَّة وغير الملحة فى التوِّ واللحظة دون تأجيل، وقد يتضمن التدليل تشجيع الابن على القيام بألوان من السلوك قد تعتبرها معينة أو خارجة عن المألوف.

أمَّا الحماية الزائدة للابن فتتمثل في أن الأب أوالأم قد يقوم نيابة عنه بالمسئوليات أو الواجبات التى يمكنه أن يقوم بها، والابن فى هذه الحالة أو ما يشابهها ينمو ضعيف الشخصية يعتمد على الغير فى تصريف أموره، وغالباً ما يستثار ويستفز بسهولة يمكن استمالته للفساد فينجرف إلى المخدر أو المهلوس.

ما الذى ينبغى أن تقوم به الأسرة لدرء خطر تعاطى المواد النفسية المحدثة للاعتماد؟

لا غرو أنَّ دور الأم فى تربية أولادها، إنَّما يُمثل حجر الزاوية فى التربية السوية التى نبغيها لهم، فهو دور عظيم الأثر، جليل الفائدة، خصوصاً عندما تهم بمعالجة ما يطرأ على سلوكهم من انحراف أو اعوجاج قد يقودهم إلى تجريب بعض الخبرات غير المرغوب فيها كالتدخين وتعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد.

ولقد حبا الله سبحانه وتعالى الأم الكثير من الصفات الجليلة، والخصال الفريدة، فالأم كامرأة مرهفة الحس بحكم طبيعتها وفطرتها، تمتاز باللباقة والذكاء المتقد، والليونة من غير خشونة أو عنف وذلك بحكم أنوثتها، بالإضافة إلى ذلك فهى تمتاز بالوداعة والرفق والرحمة والهدوء، وبصفات أخرى عديدة تستطيع بها أن تستحوذ على عقل وليدها بحيث تجعله يفتح لها صدره، ويجعل منها صديقه حميمة، فيبوح لها بكل أسراره، وما يدور بخاطره لأنَّه فى حضنها الدافئ الحنون، يخفف ما يعانيه من آلام وأوجاع، فتواسيه وتخفف من عنائه ومتاعبه وتلهيه عن تلك الهموم وتشاركه فى حملها، الأمر الذى يحصنه حتماً من مُجرد التفكير فى تجربة تعاطى المخدرات أو المنشطات أو المهلوسات. فالأم كانت ومازالت وستظل هى المدرسة الأولى فى بناء أطفالها وتشكيلهم السوى الصحيح الذى نوده.

ونظراً لأهمية دور الأم تصدت الخبيرة الاجتماعية الأمريكية الدكتورة «إيدالين» وهى تحمل على اشتغال الأم تاركة بيتها وأطفالها لتساعد زوجها على رفع مستواهم المعيشى، فتؤكد الخبيرة الأمريكية أن الذى حدث هو ارتفاع مستوى المعيشة وفى المقابل انحطاط التربية والخلق. وتمضى الدكتورة «إيدالين» تقول: إن التجارب أثبتت ضرورة لزوم الأم لبيتها وإشرافها على تربية أولادها، لأنَّ الفارق كبير جداً بين المستوى الخلقى لهذا الجيل، والمستوى الخلقى للجيل الماضى، وتعزى «إيدالين» ذلك إلى أن الأم هاجرت بيتها وأهملت أطفالها وتركتهم إلى من لا يحسن تربيتهم. هذا وقد نادت بضرورة عودة الأم إلى بيتها لتزاول فيه شعائر الأمومة واختصاص الزوجة وربة البيت.

وأنا شخصيّا لن أخوض كثيراً فى تفنيد هذا الرأى ، ولكن اعترض مبدئياً على بعض الحيثيات التى طرحتها الدكتورة «إيدلين» لأنَّ عمل المرأة لا يعنى بحال من الأحوال إهمالها فى تربية أولادها أو رعاية زوجها، فكم من أمهات عاملات قمن بتربية أولادهن على أحسن ما تكون عليه التربية ، فتبوأوا المراكز الاجتماعية المرموقة، وحصلوا على درجات تعليمية متميزة.

وكم من أمهات تفرغن لأعمال البيت تماماً ومع هذا فشلن فشلاً ذريعاً فى تربية أولادهن على نحو سوى صحيح.

أمَّا مسألة المستوى الخُلقى بين هذا الجيل وذاك فأنا أرى أنَّها قضية أزلية ، كانت متواجدة منذ آلاف السنين وستظل كذلك، فكل جيل من الأجيال يحمل بين طياته مقومات تُهدد قوامه الأخلاقى، كما يحمل فى المقابل مقومات أُخرى تحاول استعادة زمام الأمور بجعل القيم الأخلاقية تأتى فى المرتبة الأولى، فـ(نيرون» ، و«هولاكو» و«لينين» و«موسولينى» ، و«هتلر» شخصيات شريرة ظهرت فى أجيال مختلفة ، و«آرئيل شارون» شخصية أسوء شراً من كل هؤلاء حيث استباح تقتيل وذبح الأطفال والنساء والشيوخ من الشعب الفلسطينى المقهور والمغلوب على أمره، يظهر فى هذا الجيل جيل السنوات الأولى من الألفية الثالثة!!

وأخيراً أنا أرى أن الأم حينما تزاول عملها إنما تزاوله من منطلق إيمانها برسالتها كعضو فاعل وحيوى فى المجتمع الذى تعيش بكنفه، من أجل المشاركة فى التنمية والنهضة، فإذا كانت الأم تؤمن بهذا فلا غروا أنَّها تُدرك مدى أهمية رسالتها بالنسبة لأسرتها.

ما يهمنا الآن هو أنّ نبلور عدة أمور تستطيع من خلالها الأم العربية أو المصرية أن تحمى أولادها من خطر التعاطى والاعتماد بحيث يتعيَّن على الأم مراجعة جميع تصرفات الأبناء، وملاحظة أي تغير نفسى وجسمانى يطرأ عليهم، من هذه الأعراض: الميل إلى الانطواء، إهمال المظهر العام، حدوث تشنجات، نقص مستمر فى الوزن، إحمرار فى العينين، حدوث حركة سريعة فى العين، ظهور علامات الإرهاق، صعوبة النوم، الأرق.

أيضاً، عليها أن تدرك عن وعى وفهم أن دورها فى تربية الأبناء يتعدى بالطبع توفير المأكل والملبس والمأوى، أي حمايتهم من أي شيء قد يؤثر بالسَّلب على صحتهم النفسية، مع بث الثقة فى أنفسهم، ودعم استقرارهم الوجدانى والانفعالى.

نؤكد من جديد أنَّه على الرغم من تراجع دور الأسرة المصرية نظراً لما يواجهها من بعض التحديات والتى ذكرناها آنفاً، إلاَّ أنَّها لا تزال تمثل خط الدفاع الأول فى درء الأخطار التى قد تهدد كيان أطفالها وشبابها، وفى مقدمة تلك الأخطار خطر السقوط فى براثن التعاطى والاعتماد.

وأنا أرى عن قناعة ثابتة أن الأسرة ككيان اجتماعى راسخ وأصيل، هى أفضل من يطبق مبدأ «الوقاية خير وأفضل من العلاج» خاصة إذا علمنا أن معظم الدراسات الميدانية التى حللَّت سلوكيات المعتمدين أوضحت أن التربية التى تلقوها فى سنوات الطفولة المبكرة (من عامين إلى ستة أعوام) كانت ضمن الأسباب القوية التى أدت إلى اعتمادهم على المواد النفسية المحدثة للاعتماد كالمخدرات والمنشطات والمهلوسات والكحوليات، فمعظم شخصياتهم تتميَّز بالنرجيسية[1] المفرطة، وعدم الاهتمام أو

(١) النرجسية Narcissism هى العشق المفرط للذّات، سُميّت كذلك نسبة إلى شخصية نرجس أونرسيس فى الأسطورة الأغريقية القديمة، إذ وقع فى حب خياله الذى تراءى له على صفحة الماء، يعتبرها المحللون النفسيون مرحلة مبكرة من التطور النفسى الجنسى، حيث تكون الذات هى موضع الاهتمام الجنسى من جانب المرء، فالهيام بالذات وعشقها هو الطابع الجوهرى المميزة لهذه النزعة.
موسوعة علم النفس، مرجع سابق، ص ٣٠٨.

الاكتراث بالآخرين وبالتالى ضعف علاقتهم بهم، وسرعة الشعور بالإحباط واليأس وفقدان الثقة فى النفس، واهتزاز القيم الشخصيَّة والاجتماعية، وسهولة الاستسلام لضغوط الآخرين خاصة أصدقاء السوء منهم . كل هذه الملامح المميزة لشخصية المتعاطى أو المعتمد تتبلور فى مرحلة الطفولة المبكرة، التى يعيشها الطفل فى كنف أسرته، ولذلك فإن الفشل فى تربية الطفل التربية السوية من شأنه أن يقدم للمجتمع فيما بعد أشخاصاً قابلين للسقوط فى هاوية الاعتماد[1] .

لكى يتخذ الأبناء قرار عدم تجربة تعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد - باقتناع تام - فإن الآباء والأمهات يستطيعون تأكيد ذلك من خلال :

(أ) تعليم الأبناء الحقائق والمخاطر الناجمة عن استعمال المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد.

(ب) تعليم المبادئ الأساسية للصحة العامة، وطرق حماية أنفسهم وأهمية ذلك للحياة الصحية السليمة.

(جـ) أن يكون هناك حدود لسلوك الأبناء بحيث يجب عدم السماح لهم بتخطى هذه الحدود، فلا يجوز السماح لهم بتدخين التبغ (السجائر) ، الأمر الذى قد يؤدى بهم إلى الانتهاء بالتدخين المصاحب للهيروين أو الحشيش.

(د) المتابعة المستمرة لسلوك الأبناء ، وخاصَّة فى أماكن لهوهم كالأندية الرياضية مثلاً، بما يُساعد الآباء على اكتشافهم المبكر لأي سلوك منحرف يضرهم وبالتالى يكون من السهل تدارك الأمر قبل فوات الأوان.

(هـ) ملاحظة أي تغير فى سلوك الأبناء، أو أي تغير فى حالتهم الصحية من أجل الاكتشاف المبكر لأية دلائل يُعرف منها الاتجاه نحو التعاطى، ثم التوجه السريع إلى أماكن العلاج ضماناً للشفاء العاجل والنهائى، علماً بأن التأخير فى العلاج يُزيد من الأمر صعوبة.

---

(١) شباب اليوم ، المشكلات والحلول، مرجع سابق، ص ٤٧ (بتصرف).

- إذا حدث وثبت أن أحدالأبناء يتعاطى أو يعتمد على إحدى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد - لا قدر الله - لابد أن تتعامل الأسرة مع هذا الابن بنضج وفهم حتى لا تزداد المشكلة تعقيداً - حيث يجب أن تؤمن أن وجود فرد منها يتعاطى أو يعتمد ليس بوصمة عار على جبينها، بل هى حالة طارئة ، لذا يجب على الجميع أن يتكاتفوا معاً لإنقاذه ، مع عدم تعييره أو لومه أو عقابه ، كما يجب على الأسرة ألا تتردد فى اللجوء إلى المسئولين لطلب المعونة(١).

- عند بدء العلاج يجب أن يكون للأسرة دور مهم فى تشجيع المتعاطى أو المعتمد على مواصلة علاجه ودعمه نفسيّا ، وحل مشكلاته التى كانت سبباً فى انحرافه. كما أن التأهيل الاجتماعى مكمل للعلاج النفسى، وبالتالى فإن على الأسرة بذل الدعم النفسى والاجتماعى للمريض حتى لا ينتكس.

- للأسرة دورها الفعال فى الانتقاء والاختيار فى مرحلة ، ثم المساهمة فى الاختيار فى مرحلة أخرى لاحقة، ثم التوعية بالاختيار فيما يلحق، فهى تنتقى اللعبة وتختارها، ثم تنتقى البرامج الإذاعية أوالتليفزيونية ، وتختار الكتاب أوالمجلة، ثم قد تسهم فى كل ذلك، كما تسهم فى اختيار الصديق أو زميل اللعب، ولكنها لا تستطيع أن تفرض سيطرتها دائماً، بل تستطيع أن تزرع حُسن الاختيار بالتوعية الدائمة، بحيث إن وقع بين يدى الطفل كتاب ردئ، أو استمع إلى برنامج فاسد، أو تعرف إلى صديق سيىء الخُلق، كان محصناً ضد كل هذا(٢).

من هذا المنطلق لابد للأسرة أن تتدخل من أجل انتقاء الأصدقاء، وأن ترشد أبنائهم لا أن تفرض عليهم أصدقاء بعينهم، فإذا رأى الآباء أنَّ أطفالهم ينخرطون فى علاقات سيئة وجب التدخُّل بكل حزم لمنع أبنائهم من الاختلاط بهؤلاء، مع شرح وتفسير ذلك. والواقع أنَّ هذا يتطلَّب أيضاً أن يضرب الآباء المثل والقدوة بهذا الخصوص، فلا يجب أن تختلط الأم مثلاً بجار سيئة السمعة أو السلوك، وكذلك

(١) الإدمان أوهام أخطار حقائق، مرجع سابق، ص ٦١ (بتصرف).
(٢) أبناؤنا وصحتهم النفسيَّة ، مرجع سابق، ص ٥٧.

الأب لا يجب أن يُخالط أصدقاء يحتسون الخمر أو يعتمدون على المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد، أو يلعبون الميسر، حتى لا تكون أقوالنا متناقضة مع أفعالنا(١).

- على الآباء أن يعالجوا كافة الأمور الأسرية بقدر كبير من الحكمة والصبر والتأنى فينبغى عليهم أن يتعرفوا على مسيرة أبنائهم، والأماكن التى يقضون فيها أوقات فراغهم ، وبصحبة مَنْ يقضون تلك الأوقات؟ ، كل هذا من خلال جو يسوده الصداقة الحميمة بين الآباء والأبناء، صداقة تتسم بالرفق واللين وسعة الصدر والتجارب والتفاهم من جانب الآباء، بحيث لا نجعل الأبناء يشعرون بأن والديهم يفرضون أنفسهم عليهم قسراً، أو يتدخلون فى شئونهم الخاصة بطريقة مستفزة، وهى مشاعر تؤدى فى النهاية إلى نتائج عكسية تماماً. كما تتسم هذه الصداقة بالاحترام والتقدير والامتنان من جانب الأبناء تجاه الآباء.

أنا أؤمن بأن الصداقة الحميمة تستطيع أن تمكن الوالدين من المتابعة الواعية لسلوكيات وتصرُّفات الأبناء، بحيث يضعون أيديهم أولاً بأول على أول بادرة للانحراف أو الاعتماد ، قد تكون متابعة شاقة وطويلة ومشوبة بالحذر والحرج لكن يمكن التغلب على كل هذه الأمور بالحكمة والصبر.

والدكتور «نبيل راغب» يؤكِّد فى هذا الصدد أن الصداقة الحميمة بين الآباء والأبناء من شأنها أن تنمى روح الانتماء إلى الأسرة، فمن الصعب على الابن الذى يُحب أُسرته ويخاف عليها أن يرتكب ما يمكن أن يمس سمعتها أو يشوه صورتها أو يدمر كيانها.

صحيح نحن جميعاً نُقر أن ظروف الحياة المعاصرة وتعقيداتها، والجرى اللاهث المحموم وراء المكاسب المادية أحال أحاسيس الانتماء إلى مشاعر الاغتراب خصوصاً مع تفشى مشكلة البطالة (التى يبدو أنَّها مشكلة ستطول بعض الوقت) . ونقر أيضاً أنه إذا فقد الشاب انتماءه إلى الأسرة فمن الطبيعى أن يفقد هذا الانتماء تجاه مجتمعه

---

(١) المرجع السابق، ص ١٥٤ (بتصرف).

كله، وفى هذه الحالة يمكن لأية قوة جذب منحرفة أن تشده إليها ليدور فى فلكها سواء بإرادته أو بغير إرادته . فهو يتخبط وسط اتجاهات ومعايير متضاربة، وعندما تبلغ به أحاسيس الحيرة والقلق والضياع قمتها فلن يجد وسيلة للهرب منها، وتقليل حدة الوعى بها سوى الغياب عن الواقع بتجريب المواد النفسيَّة ثم الاعتماد عليها، ومتى بدأ الاعتماد ضاعت القيم وانتهكت المعايير وخفت صوت المُثل العُليا ، وهكذا يجد الشاب نفسه كالريشة فى مهب الريح!!

- لابد للأسرة أن تدرب أبنائها من خلال التنشئة الاجتماعيَّة على احترام العادات والتقاليد والنظم والقوانين السائدة فى المجتمع والعمل بموجبها . والأسرة لابد أن تزرع فى نفوسهم حب التعاون والإيثار والتضحية تجاه العائلة، والابتعاد عن الفردية والأنانية وحب الذَّات بحيث يشعر الفرد أن دوره فى المجتمع ومركزه وقيمته مستمدة من قيمة الأسرة ودورها ومركزها.

هذا ، وتشير الدراسات التربويَّة والنفسيَّة والاجتماعية إلى أهمية دور الأسرة فى تكوين الفرد فى مرحلة مهمة من مراحل حياته، هى مرحلة الطفولة التى تُشكل الأساس فى بناء هيكل الشخصيَّة ومعالمها الأساسية، كمحددات رئيسة لتشكيل الشخصيَّة ونموها فى الحالات السَّوية أو المرضية.

وعن طريق المحاكاة والممارسة يتَّخذُ الطفلُ من والديه خاصة، وبقية أفراد الأسرة عامة مثلاً أعلى فى كل شيء، وإذا عرفنا أنَّ عادات الإنسان وطباعه تتكوَّن فى السنوات الأولى من حياته كطفل لأمكننا أن ندرك مبلغ أهمية الأسرة فى تكوين الفرد وبناء المجتمع.

والأسرة لابد أن تأخذ على عاتقها أن تربى أولادها تربية تتسم بالنضج حيث تعلمهم أن لكل شيء حدوداً لا يجوز تجاوزها، وأن تدربهم على الاعتدال الذى يضع ظروف الواقع الراهن فى الاعتبار، وبالتالى تعلمهم المحافظة على صحتهم وجهدهم ووقتهم وأعصابهم لادخارها فيما يُفيد ، ولذلك فإنَّه من النادر أن يسقط أبناء الأسر الكادحة الذين تربوا على تحمل المسئولية منذ نعومة أظفارهم فى براثن

التعاطى أو الاعتماد ، فمن يشعر بالمسئولية تجاه نفسه أولاً . ثم تجاه الآخرين ثانية لا يمكن أن يفرط فى حق نفسه ولا فى حق الآخرين. وللقدوة الحسنة فى هذا الصدد مفعول السحر فى الأبناء، أمَّا الوعظ والنصح والإرشاد والتأنيب والزجر والعقاب فكلها أساليب عقيمة إذا لم يضرب الأب أو الأم المثل العلمى لأبنائه، فهل يمكن للابن أن ينصت لنصيحة أبيه بعدم التدخين وهو يرى لفافة التبغ (السيجارة) لا تفارق أصابعه؟[1] .

- الأسرة كما قلنا هى الكيان الاجتماعى المنوطة بتربية أطفالها وشبابها تربية سوية وصحيحة لذلك لابد أن تُشعرهم بقيمتهم الذاتية، فإذا فشلت فى القيام بهذه المهمة فإن الأبناء سرعان ما يهرعون خارجاً بحثاً عمَّن يقدر قيمتهم الذاتية، وغالباً ما يتلقفهم رفقاء السوء الذين يوحون إليهم أن مجرد صداقتهم لهم هى الرجولة بعينها، وتصبح هذه الصداقة المريضة مرتعاً خصباً لكل الموبقات وفى مقدمتها التعاطى والاعتماد المرتبط بوهم كاذب هو الرجولة المبكرة التى تُمكن المعتمد من الولوج إلى عالم الكبار.

وأبناؤنا لن يشعروا بقيمتهم الذاتية إلاَّ إذا نجحت الأسرة فى اكتشاف مواهبهم، وتنمية قدراتهم، وتطوير كفاءتهم، وإشعال طموحاتهم ، ونؤكد فى هذا الصدد أنَّه لا يوجد إنسان على وجه الأرض خالٍ من موهبة أو قدرة خاصة أو كفاءة معينة، فإذا تم اكتشاف هذا مبكراً، فإن هذا الفردٍ يكون قد اكتشف ذاته، واكتشاف الذات يضع أقدامه على الطريق الصحيح منذ البداية، فيحصد له أملاً متجدداً فى مستقبل مشرق، وهدف أسمى يستحق العمل والكفاح من أجله[2] .

واكتشاف الطفل أو الشاب لذاته كفيل بجعل الرقابة الوالدية أو الأسرية أخف وطأة، وأقل مشقة فسوف يعمل بجد وصبر ليدعم موهبته أو قدرته الخاصَّة ، وسوف يصادق من الشباب - الصحيح والسليم - :« الطيور على أشكالها تقع» ، وهذا الشاب سوف يشغل وقت فراغه فيما يؤكِّد موهبته أمام نفسه وأمام الآخرين.

---

(١) شباب اليوم . المشكلات والحلول ، مرجع سابق، ص ٤٨ (بتصرف).
(٢) المرجع السابق، ص ٥٢ (بتصرف).

أمَّا فى مجال الدراسة فلا بد أنَّه سيسعى للحفاظ على تفوقه الدراسى كنوع آخر من الإعلان عن موهبته وتأكيدها فمن يتذوق طعم النجاح والتفوق لا يحتمل الحرمان منه بعد ذلك، فالنجاح لايلد سوى النجاح رغم العقبات التى قد تطرأ على الطريق. وهنا يحضرنى قول «رشيللو» الذى وضح فيه أن النجاح حتماً يتطلب الكثير من العمل الشاق : «كثيرون من الناس لا يتبينون الفرصة السانحة للنجاح، لأنَّها حين تعرض لهم تكون فى ثياب العمل الشاق»، وحول هذا المعنى يقول الكاتب الصحفى «محمد زكى عبدالقادر» «إن النجاح يهرب منك كما يتبدد الرمل بين أصابعك، والماء من كفك ، ما لم تحرص عليه بالعمل يوماً بعد يوم، وليلة بعد ليلة، وعاماً بعد عام».

فى محيط الأسرة يتعلَّم الطفل كيف لا يكون أنانياً، أي يتعلم كيف يحترم حقوق غيره وكيف يتلاءم مع غيره من أفراد الأسرة، كما أنَّه يكوِّن بعض الاتجاهات بطريقة لا شعورية ، لذا يجب أن يسلك الوالدان أمام الطفل سلوكاً سوياً، لأنَّ الطفل يلاحظ سلوكهم واستجاباتهم للمواقف المختلفة ثم يتقمصها ويتشربها. والطفل عن طريق القدوة الصالحة والمثل الأعلى، يستطيع الارتفاع بوظائفه النفسيَّة إلى التكامل الأعلى والأسمى[1].

إن القدوة الحسنة الطيبة مع البيئة الصالحة تفرز فى النهاية أبناء لا ينحرفون عن جادة الطريق، لأنَّهم يتمثلون مثل عُليا عظيمة الشأن والأثر، نابعة من تعاليم الأديان السماوية التى بها الكثير من النماذج الصالحة، التى هى فى الحقيقة نماذج عُليا لابد أن يقتدى ويتأسى بها الجميع.

إن أهم الخطوات الجادة لحماية أطفالنا وشبابنا من الانحراف، أو اعوجاج السلوك تحديداً تعاطى أو اعتماد المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد ، أو الميل عن جادة الصواب فى تعاليم الدين، يتمثَّل كما قلنا مراراً وتكراراً فى الأسرة، وفى الوالدين

---

(١) أبناؤنا وصحتهم النفسية ، مرجع سابق، ص ص ١٥٣ ، ١٥٤ .

على وجه الخصوص، فإذا كان الوالدان على إيمان تام بتعاليم أديانهم السماوية، ونشأ الأبناء في كنف تلك التعاليم ذات العقائد الراسخة، والطرق المستقيمة، استطاعوا أن يأمنوا شرَّ ما قد يحدث بهم مستقبلاً.

يقول الشاعر العربى :

وينشأ ناشىء الفتيان منا   على ما كان عوده أبوه

ومع هذا كله فلابد أن يتسلح الشباب بالتمهُل والصبر والجلد وقوة العزيمة، وأن يقاوموا شهواتهم وأهوائهم ، فحرى بكل شاب مؤمن ألا يستسلم لهوى نفسه، وينجرف وراء الملذات ، بل عليه أن يكبح جماحها ويتسلح بإيمانه المطلق بالله سبحانه وتعالى ، ويخاف خالقه ، ويتحرز بالمبادئ والمثل العُليا التى تتوازى مع استقامة القلب والفكر، إن التقوى والصلاح ثمرة من ثمرات الإيمان وأثر مهم من آثاره، مهما كانت العقبات أو التحديات أو المعوقات وهى الآن كثيرة جداً.

– وعن طريق الأسرة يكتسب الفرد طفلاً أم شاباً ضميره الآمر الناهى الذى يُثيبه على قيم الخير لديه، ويؤنبه على شرَّ ما يقترفه، وعنها يتَّخذ من والديه ومن بقية أفرادها المثل الأعلى له فى كل شىء.

– ولابد أن يعلم الوالدان أن إشباع الحاجات النفسيَّة والروحية والمعرفية لأولادهما أهم بكثير من إشباع حاجاتهم البيولوچية والمادية، وإن كنت لا أنكر أهمية الإشباع البيولوجى والمادى، فأحاسيس التقدير، والاحتواء ، والحنان، والأمان، والانتماء، والتعاطف، والحب، والدفء الأسرى، والاستقرار العائلى يمكن أن يُعوض الأبناء عن بعض القصور فى الوفاء بالحاجات المادية، لكن المال لا يستطيع أن يفعل العكس.

والمعروف أن الحب الذى يمنحه الأبوان لطفلهما يُعدّ فى حياة الطفل غذاءً ضرورياً فى نمو النفس، وهذا الغذاء لا يقل أهمية عن غذائه الجسدى، وأنَّ إشباع حاجاته الطفولية يساعد على التقدم إلى مراحل النمو المستقبلية، وعلى العكس فإنَّ الحرمان من الإشباع ينمى لدى الطفل شعور بعدم الأمن، ممَّا يُساعدهم على نمو

الشعور العدائى للعالم من حوله، بل ويستجيب استجابات مَرَضية تتخذ صوراً متعددة، إمَّا بالإنسحاب عن العالم والسلبية ، وإمَّا بالعنف والعدوان.

والأسرة حين تُلبى الحاجات المختلفة لأفرادها وبخاصة صغار السن منهم، فإنَّها تُعزز فيهم سلوكاً مرسوماً وفق معايير وقواعد وقوانين اجتماعية ، تتجسَّد من خلال ثقافة المجتمع وحضارته ككل، وتُرسخ فى عقول صغارها النموذج الاجتماعى المرغوب فيه للأسرة، فتحرص على تنشئة أفرادها وفق قواعد سلوكية منطلقة من قيم المجتمع وقوانيه، لذا استطاعت الأسرة فى السابق من خلال تماسك أفرادها أن تؤدى دوراً رائداً فى عملية الضبط الاجتماعى لأفرادها، ومن ثم قلما استطاع المراهق أو حتى شاب كسر الطوق ورفض قيم المجتمع ومعاييره، أو حتى الاستخفاف بها لأن العقاب والنبذ الاجتماعى الذى سيلاقيه يجعلانه لا يتردد فى العودة ثانية لحضن الأسرة وقيمها وقوانينها. وتحت هذه القيم والمعايير الفاعلة استطاع المجتمع بفضل العائلة وقاية صغاره ومراهقيه من طرف الانحراف بعامة، والتعاطى غير المشروع للمواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد بخاصة[1].

إن العطاء الحقيقى الذى يمكن أن تمنحه الأسرة يتمثَّل فى الوفاء بالحاجات النفسيَّة والعاطفية للأبناء، فإذا ما ترسخت مشاعر الطمأنينة والتقدير والاعتماد على الذَّات داخلهم فإنهم يقبلون على الدراسة، والعمل ، والجد، والاجتهاد طمعاً فى مستقبل زاهر، فالأسرة فى هذه الحالة واحة، وملجأ ، وحصن، يهرع إليه الأبناء دائماً لحل مشكلاتهم ، وتجاوز عقبات الحياة التى لا يمكن أن يحتملونها بمفردهم، أمَّا إذا عجزوا فى العثور على مثل هذا الملجأ فإنهم سرعان ما يقعوا ضحية لليأس والإحباط والقلق والتردد، ثم تجتاحهم الميول الانسحابية التى تعجزهم عن مواجهة الواقع، والتى تؤدى بطبيعتها إلى السلوك الهدام المدمر الذى يأتى الاعتماد فى مقدمته.

---

(١) دور الأسرة فى وقاية أبنائها من تعاطى المخدرات ، مرجع سابق، ص ١٠٧ (بتصرف).

أمَّا الإشباع المادى لأطفالنا وشبابنا فهو على جانب من الأهمية أيضاً، فالمال كوسيلة من وسائل الحياة بحيث يمنح الأمن والاستقرار، على العكس من العوز أو الحرمان، الذى يفسد الحياة الأُسرية ، ولكن هذا لا يعنى أن توافر القدرة على الوفاء بهذا الجانب أن نغدق على أبنائنا المال إغداقاً أخرقاً ينطوى على جانب كبير من التدليل، أو كأسلوب لإظهار الحب الجارف نحوهم، فهذا الأمر يؤدى فى النهاية إلى نتائج عكسية. وقد تكون كثرة أعباء الوالدين فى العمل المضنى بهدف تحقيق مستوى راق للمعيشة، وانشغالهما الدائم بعيداً عنهم سبباً للإحساس بالذنب تجاههم، ونتيجة للقصور التربوى المستشرى بين جمهرة الآباء والأمهات فإنَّهم يحاولون التخلص من هذا الإحساس المزمن بالذنب بالإسراف فى الإنفاق على أبنائهم ظناً منهم أن الإشباع المادى المُغالى فيه كفيل بملء الفراغ النفسى والعاطفى عندهم، فتكون النتيجة أن الأبناء يحصلون على إمكانات الفساد والإفساد بالإضافة إلى غياب الرقابة الوالدية.

وختاماً لهذه الجزئية فإن العَالِم والسياسى الكبير «بنجامين فرانكلين» قد بلور فلسفة المال هذه فى تلك المقولة التى يمكننا بالطبع الاستفادة منها :« المال لم يجعل إنساناً سعيداً، ولن يفعل أبداً، فليس فى طبيعة المال شيئاً يمنح السعادة، فكلما امتلك الإنسان المال كلَّما ازداد طلبه عليه، فبدلاً من أن يملأ الفراغ، فإنه يصنع الفراغ، وبدلاً من أن يشبع الاحتياج فإنَّه يُضاعف الاحتياج».

ونظراً لأن الأعباء المتزايدة الآن على المدرسة قد جعلتها عاجزة عن إعطاء كل تلميذ حقه فى التعليم الشامل، والتربية الحقة، فإن هذا يُضيف عبئاً جديداً على كاهل الأسرة. يتمثل فى إشرافها على الأبناء من الناحية الدراسية منذ بداية العام الدراسى، وضرورة متابعتهم يومياً، حتى لا ينتظر الآباء النتيجة فى نهاية العام ثم يؤنبون أبنائهم إذا فشلوا أو أخفقوا دراسيّاً، إذ أن الرسوب هو الباب الواسع والرحب المؤدى إلى التعاطى والاعتماد، فالفشل الدراسى يشعر التلميذ بالضياع والقلق والإحباط وأنَّه غير مرغوب فيه، وعندما يفقد الأمل فى النجاح فإنَّه يرفض الواقع كله ويلجأ إلى الاعتماد لعله يجد قيمه الضائعة فى عالم الخيال.

ويتحتم على الأسرة التى يفشل أحد أبنائها أن تُحيطه بالحبِّ والحنان، وتسلحه بالإرادة والعزيمة فى مواجهة هذا الفشل الطارئ، لنغرس فى أطفالنا ما كنت أنا شخصياً أؤمن به، وقد جربته فقلت: « لا يمكن أن نتصور حياة بدون فشل، هذا ما كنت أؤمن به منذ البداية، لذلك فقد علمنى الفشل كيف أُثابر وأن أبدأ المبلغون - إذا ما أرادوا - أن يخفوا شخصياتهم.

٣ - مضاعفة الجهود فى الكشف عن موزعى المواد النفسية والمعتمدين على السواء. فيطلب من التجار المقبوض عليهم على سبيل المثال أن يدلوا بأسماء جميع معتمدى المواد النفسيَّة الذين كانوا يبيعون لهم هذه المواد. وفى مقابل ذلك توقع عليهم عقوبات مخففة، وبالمثل يُطلب من معتمدى المواد النفسيَّة المقبوض عليهم أن يدلوا بأسماء المعتمدين الآخرين الذين يعرفونهم.

٤ - توقيع أصحاب المساكن على قرار الإبلاغ عن المعتمدين. فيشجع الأشخاص على التوقيع على هذا القرار ويعطى الذين يثبتون منهم جدارة فى هذا الشأن، فى الإبلاغ عن المعتمدين بطريقة مُرضية ألقاباً شرفية منها مثل لقب «حضرة المحترم صاحب المسكن».

٥ - التحرى فى المستشفيات العامة والخاصة والعيادات والمصحات حيث تجرى تحريات دقيقة فى هذه الأماكن لمعرفة هل تم قبول متعاطون بها بغير تصريح رسمى من عدمه.

ويطلب فى نفس الوقت من الأطباء الممارسين أن يعطوا قائمة بأسماء معتمدى المواد النفسيَّة الذين كانوا من مرضاهم فى وقت من الأوقات.

٦ - فحص المعتمدين المشتبه فيهم، وهؤلاء هم الذين قُبض عليهم بناءً على بلاغ ضدهم ويُحول المعتمدون المشتبه فيهم إلى مراكز الفحص، فإذا لما ثبت اعتمادهم يُرسلون إلى مراكز العلاج، وتُرسلُ معهم تقارير الفحص والتقارير الأخرى الضرورية وذلك لعلاجهم. وتلصق أسماؤهم فى الأماكن العامَّة. ثم يقدمون للمحاكمة بعد إفراج مراكز العلاج عنهم.

ولضمان أن تؤدى هاتان الطريقتان - تسجيل المعتمدين ، وإجبارهم على العلاج- الثمار المرجوة، فإنَّه يتم مراعاة بعض القواعد المهمة التى نذكر منها:

١ - يجب أن تتحرك كل القوى الممكنة التى يمكن استخدامها فى المهاجمة الشاملة لمعتمدى المواد النفسيَّة . فالملاح أنَّ هناك معتمدين في جميع القطاعات ، وأنَّ الكشف عنهم جميعاً لا يتطلب تنسيق العمل بين جميع الهيئات المعنية فحسب، بل إنه فوق كل ذلك يتطلب تعاون القوى الاجتماعية ، أي أن الكشف عن المعتمدين لا يمكن أن يكون مهمة الحكومة فقط. بل إنَّه أيضاً واجب كل عضو فى المجتمع. وفى هذا الصدد يجب، إلى جانب وضع القوانين التى تهدف إلى القضاء على مشكلة تعاطى واعتماد المواد النفسيَّة، أن تُنمَّى بين أعضاء المجتمع كافة اتجاهات تلقائية ضدَّ هذا التعاطى والاعتماد، (ويلاحظ هنا دور الخدمة الاجتماعية وغيرها من المهن الإنسانية فى هذا المجال، مجال تنمية المادة البشرية فى المجتمع) ، وعلى هذا يتيسر وجود قوة اجتماعية قوية فى المجتمع تتعاون مع الإجراءات الحكومية. وكلَّها تهدف إلى حثِّ المعتمدين على العلاج، وإلى من جديد، حتى أُحقق النجاح، ذلك الوجه الآخر للحياة».

كما يتعين على الأسرة أن تهتم بأبنائها بأن تفتح أمامهم مجالات متنوعة لممارسة الأنشطة المختلفة ، واكتشاف قدراتهم العلميَّة أو الرياضيَّة أو الفكرية باعتبار أن هذا هو الطريق الأمثل لاستيعاب طاقاتهم.

ثانياً : دور المدرسة :

لاشك فإن المدرسة تمثل خط الدفاع الثانى ضدّ ظاهرة تعاطى واعتماد المواد النفسية المحدثة للاعتماد، والتى تجتاح مجتمعنا العربى والمصرى فى الآونة الأخير، فهى تملك المناهج الدراسية، والفلسفات التربوية، والوسائل التعليمية بما يمكنها من تحصين الأجيال الناشئة بالمناعة النفسيَّة والاجتماعية والعلميَّة ، والفكرية، والثقافة ضد هذا الخطر، لكنها - بكل أسف - لم تقم بهذا الدور الحيوى والمصرى كما كنا نطمح ونبغى لعوامل عديدة سوف نتحدث عنها فيما بعد.

والمدرسة كما نظر إليها وإلى رسالتها التنويرية والتثقيفية المهمة هى المجال الطبيعى الذى يتعلَّم فيه الأطفال والشباب حبّ الخير والحق والجمال، ولذة البحث العلمى والكشف الدءوب، ويمارسون فيها العادات الصحيَّة ، والعلاقات الاجتماعية السوية التى تؤهلهم - بالقطع للتعامل على نهجها عندما يخرجون إلى المجتمع الكبير فيما بعد، فالمدرسة هى المصنع الأول للمواطن الصالح المنتج، حيث تنمى قدراته العقليَّة والفكريَّة، وتُسلحه بالمهارات اليدوية والمهنية، وتكسبه القيم الاجتماعية والإنسانية، تُجنِّبهُ السلوك المنحرف، والتفكير اللاسوى.

ويمكننا على عُجالةٍ أن نُقدم لأهم وظائف المدرسة على النحو التالى:

١ - تزويد الأطفال أو الشباب بالمعلومات والمعارف على صورة مواد دراسية ومناهج تعليمية.

٢ - تدعيم القيم الأخلاقية فى نفوس تلاميذها أو طلابها ومقاومة ما هو عكس ذلك.

٣ - تدعيم التربية السلوكية ، وهى التربية التى تعنى بتكوين الفرد، وتوجيه أسلوب حياته والإفادة من إمكاناته وقدراته لاكتساب الخبرات التى تُساعد على نموه فى الاتجاه السليم بما يجعله نافعاً لنفسه ولمجتمعه فى إطار من المبادئ، والقيم، والاتجاهات السلوكية المرغوب فيها.

٤ - تدعيم التربية الإبداعيَّة فهناك اتجاهات جديدة تتمثَّل فى الاهتمام بالتعليم والتعلُّم الإبداعيين لانطلاق الطاقات الإبداعية الكامنة عن طريق تهيئة الفرص الكافية لخلق أفراد قادرين على فعل أشياء جديدة ليست متكررة، حيث أن عملية ممارسة التفكير المبدع أصبحت مفتاح التربية الآن فى أكمل معانيها وأوسعها.

٥ - تدعيم التربية القومية لأنَّها فى الحقيقة تُعد أبنائها للمواطنة العربية التى تتجلَّى فى الإيمان العميق بالقومية العربية.

بعد هذا العرض الذى تبيَّن منه مدى أهمية المدرسة ودورها المهم فى تنشئة أطفالنا وشبابنا فإن اللافت للنظر والذى يبدو غريباً بشكل يُثير الأسى والحزن أنَّه فى السنوات

الأخيرة تم إهمال دورها فى مجال التحديات التى تواجه الشباب وفى مقدمتها خطر التعاطى والاعتماد على المواد النفسيَّة سواء المخدرة أم المنشطة أم المهلوسة أم الكحولية. لدرجة أن الدكتور «نبيل راغب» يؤكد أن المناقشات التى دارت فى مجلس الشعب حول هذه المشكلة تكاد تكون قد أغفلت دور المدرسة تماماً. كما أغفلته وتغفله وسائل الإعلام. علماً بأن المدرسة هى المسئولة - علمياً ومنهجياً - عند تربية الأبناء فى مراحل نموهم المختلفة، وتنشئتهم فى ظروف مواتية تربى فيها عقولهم، وتنمى أجسامهم وترعى صحتهم، وترسخ فيهم المُثل العليا والقيم الأخلاقية والإنسانية التى تشكل الدعامة الحقيقية لبنيان المجتمع والتى تقوم بدور الدرع الواقية ضد الانحرافات الفكرية والسلوكية وفى مقدمتها التعاطى والاعتماد.

من هذا المنطلق ، وعلى ضوء ما تم طرحه فقد آثرتُ أن أتصدى فى هذا الفصل المهم من هذا الكتاب لدور المدرسة فى التصدى لهذه المشكلة الخطير كما سيلى:

أهم العقبات التى تواجه المدرسة مما يقلص دورها فى مواجهة مشكلة تعاطى واعتماد المواد النفسيَّة:

أولاً: هيمنة الفلسفة التربوية التقليدية:

التربية التقليدية تنظر إلى أطفالها على أنها مُجرَّد خامات ينبغى على المعلم أن يشكلها فى ضوء مواصفات مُعيَّنة، ومعايير محددة، وبالتالى فإن الأبناء لابد أن يرضخوا تماماً لما يفرض عليهم من جانب المربين.

وأبناؤنا صغاراً أم كباراً وفق هذا المفهوم التقليدى للتربية يتخذون مواقف سَّلبية ، خالية تماماً من عناصر الإيجابية والتفاعلية ، فهم يمتصوا ما يُقدم إليهم من معلومات وخبرات (جاهزة للصنع) دون أن يكون لهم حق إبداء الرأى فيما يُملى عليهم ليتعلمونه.

ووفق هذه الفلسفة فإن الأبناء يتعلمون أساليب وقواعد الطاعة العمياء، التى لا تكترث بأعمال الناقد الذى يتدبَّر ويتفكر ويُمحص ويبرهن.. إلخ، وبالتالى يتم القضاء على حرياتهم العقليَّة والنفسية على حد سواء.

وفى هذه الفلسفة يتم استخدام الأساليب العقابية الباطشة، فيوقع المربون أشد العقوبات قسوة على الأطفال والناشئة غير عائبين بصحتهم النفسية التى سرعان ما تتدهور من جرَّاء هذه الأساليب اللاتربوية ، فالطفل يوسع ضرباً وتجريحاً حتى يستوعب كل ما يقدم إليه من معارف ومعلومات، ويتشرَّب كل ما ينطوى عليه المنهج الدراسى سواء أكان مؤهلاء لذلك أم غير مؤهل!! والنتيجة إمَّا أن يهرب الطفل من المدرسة فيلتقى بغيره ممَّن هربوا أيضاً من مدارسهم فينتهى بهم إلى تجريب التدخين ثم التعاطى، أو أن يكون الرسوب مصيرهم المحتوم فيواجهون نفس المصير!!.

ثانياً: العمل بالنظم التعليمية العقيمة:

من الواضح أن الفلسفة التقليدية أصبحت هى النموذج الأمثل السائد فى بلادنا، تلك الفلسفة التى سوف تأخذ بأطفالنا وشبابنا نحو ضيق الأفق، ومحدودية الخبرة والمعرفة، فهى فلفسة تؤمن إيماناً عميقاً بالحفظ والاستظهار فالهدف - بكل أسف - من التعليم هو المعرفة اللفظية والإغراق فيها، دون العناية بجوانب التطبيقات العملية، وفى مدارسنا لا يزال التركيز منصبّاً على حفظ الدروس التى نظمت تنظيماً منطقيّاً، دون الاهتمام بنواحى الاختلاف التى تتصل بنشأة الأطفال أو الشباب ، أو بحاجاتهم النفسيَّة ، أو باهتمامتهم الذاتية. والفلسفة الغالبة على هذه النظم التعليمية البالية هى التى تعتبر أن الطفل أو المتعلم عبارة عن صفحة بيضاء وبالتالى فإنَّها تأخذ بالمفاهيم والمصطلحاتت القديمة للتربية، فهى تعنى بعقل التلميذ ،ونقل التراث الثقافى دون تجديد أو ابتكار أو تطوير.

ومن جرَّاء تطبيق هذه النظم التعليمية المعوقة تكون قد حرمنا أطفالنا وشباباً من النمو العقلى السليم القادر على التفكير الناجح الذى يمنحه النظرة الشاملة تجاه إمكاناته العلمية والنفسيَّة ومدى تفاعلها مع احتمالات المستقبل. ومع ذلك فنرى من يدافع عن هذه النظم التعليمية العقيمة والمفروضة قسراً على أبنائنا الذين يدركون جيداً أن نجاحهم فى المرور لهذه العملية لن يؤدى بهم إلاَّ إلى انتظار القوى العاملة لتوفر لهم وظيفة بائسة تسمح لهم بالحصول على إعانة حكومية اجتماعية يطلق عليها من باب

التأدب «مرتب» ، والآن، ومع حلول الألفية الثالثة لم يعد هناك لا قوى عاملة ولا «مرتب»!!.

هذه الأوضاع المتردية جعلت الدكتور «نبيل راغب» يقول: إن الشباب بدأ يفقد القدرة على الحلم ، والحلم هنا ليس بمعنى الوهم وأحلام اليقظة ، لكن بمعنى القدرة على خلق تصور مُعيَّن للمستقبل يسعى إليه الشباب ليحققوه خطوة خطوة. أي أننا سلبنا خيرة شباباً حقهم فى ممارسة وعيهم بما حولهم، وهى الممارسة التى تؤدى بهم إلى مرحلة الرشد ، وإحساسهم بالقدرة على تغيير العالم، ومهما كان هذا الإحساس غير واقعى لكنه يُشكل فى النهاية قوة دفع متواصلة لا تزال بالشباب حتى ترسوا بهم على أرض الواقع الصلبة.

ثالثاً : إهمال مبدأ احترام الفروق الفردية :

فحتى الأطفال الذين ينشأون فى بيئة واحدة ويتعلمون تعليماً واحداً، وتطبق عليهم قواعد تربوية واحدة، نراهم ليسوا متطابقين فى استعداداتهم أو ميولهم أو قدراتهم، كما أنهم مختلفين تماماً فى استيعابهم المعرفى، بل وفى درجة ذكائهم وكذلك نوعيته، ولكن التربيةالتقليدية ووسائلها العقيمة تجنح غير عابئة بأسس التربية الحديثة فلا تعترف بهذا المبدأ الجوهرى التام، ومن ثمَّ ننظر لكل الأطفال أو الناشئة على أنَّهم متساوون فى الذكاء والاستعدادات والميول والقدرات، وهذا ما يحطم شخصياتهم ويحد من قدراتهم ويخمد مواهبهم، ويسىء إلى صحتهم النفسيَّة فى النهاية. مما يترتب عليه من اللجوء إلى اتباع الأساليب السلوكية الشاذة كالعدوان والعنف والتدخين والاعتماد.

رابعاً : الإخفاق فى تحديد الأهداف وسُبل التقويم :

يوضح الدكتور «منير عبدالمجيد السيد» المستشار التربوى بمنظمة اليونسكو فى مقال منشور له بجريدة الأهرام القاهرية الصادرة بتاريخ ١٩ من سبتمبر ١٩٨٩ بعنوان: المدرسة هى المسئولة عمَّا يجرى الآن على ساحة الإدمان، يقول: المشكلة الكبيرة التى وقعنا فيها أننا أهملنا دور المدرسة إهمالاً كبيراً ، ووضعنا أمامنا هدفاً

أساسيًا فى المرحلة الابتدائية هو تعليم القراءة والكتابة ، والتحصيل المعرفى فقط فى المراحل التى تليها على أن يتحقق ذلك بأقل التكاليف وفى أسرع وقت. وفى سبيل تحقيق هذا الهدف ازدادت وازدحمت الفصول الدراسية إلى حد التكدُّس ، وبنيت الفصول فى أفنية المدارس فقضت على الأنشطة الرياضية، واخترعت الفترتان والثلاث فترات الدراسية يوميًا، كما اعتبرت المعامل والأجهزة والوسائل التعليمية رفاهية يجب ألا نطمح فى وجودها فى المدرسة وتركت المدارس القديمة بلا ترميم ولا صيانة فقلّ أو انعدم الإحساس بالجمال بل بمفهوم النظافة.

وسارت الإدارة المدرسية على الطريقة التقليدية من القمع والقهر والضغط على كل من المعلم والمتعلم، وقلت كفاءة المتابعة أو انعدمت ، وركز تقويم التلميذ على تحصيله المعرفى دون النظر إلى ميوله واتجاهاته وتنمية قدراته ومهاراته وابتكاراته وإبداعاته وأساليب سلوكه.

وأصبح التقويم للمعلم غير موضوعى لا يفرق بين الكفء وغير الكفء ، ويفضل مبدأ الترقية بالأقدمية المطلقة وذلك لشغل المناصب التربوية العُليا خوفاً من التحيز أو التمييز ، فقفز إلى مراكز القيادات أفراد غير تربويين، غير قادرين على توجيه دفة الأمور فى التربية والتعليم بما يحقق الاستقرار والتقدُّم والنجاح، وبطبيعة الحال فإن شعور المعلم بالغبن وضعف الأجر وزيادة الأنصبة المقررة من الحصص أسبوعيًّا، أدى بالبعض إلى اعتبار العمل التربوى / التعليمى عملية ثانوية بجانب عمله الذى يهبه كل جهده ليوفر لنفسه أسباب معيشة مناسبة، الأمر الذى ترتب عليه انهيار العملية التربوية، وأصبح الطلاب لا يجدون من المُعلم إلاَّ كل صد واستهتار ولا مبالاة.

- بعض الأساليب اللاتربوية التى تمارسها المدرسة والتى تؤدى إلى تفاقم مشكلة التعاطى والاعتماد :

إذا كنا قد طرحنا فى الفقرات السابقة لأهم العقبات التى تُفقد المدرسة دورها المتميز وتعيقها إعاقة كاملة أو إعاقة جزئية عن أداء عملها وتنفيذ رسالتها التربوية/

التنويرية / التثقيفية المنوطة بها، فهذا من شأنه أن يترتب عليه اتباع أساليب لا تربوية تزيد من خطورة مشكلة تعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد، نعرض لها فى السطور التالية لنتبيَّن مكمن الخطر الحقيقى والداهم، دون تزييف أو تسويف.

أولاً : العقاب البدنى المؤلم المبدأ السائد :

مبدأ الضرب البدنى المؤلم لا يخلق شخصيات سوية ، بل على العكس، فهو مبدأ يجعل التلاميذ يحسون بنوع من العبودية والنمطية . . وإذا افترضنا أن أساليب العقاب البدنى قد تدفع التلاميذ إلى الاستذكار ومن ثمَّ النجاح، ولكنها بكل تأكيد تحرمهم من اكتشاف أنفسهم، ومن شق طريقهم فى الحياة بنجاح.

وقد ثبت بما لا يدع مجالاً للشك بأنَّ الضرب لا يفيد فى تعديل السلوك الردئ أو غير المرغوب، بل وجد أنَّه فى كثير من الحالات التى يستخدم فيها الضرب، فإنَّ النتيجة تكون عكس ما كان يسعى إليه المُعلِّم أو المربى ، حيث يعمل الضرب على تثبيت وتمكين السلوك الردئ وغير المرغوب.

ثانياً : التأرجح بين النظام المدرسى الصارم والمتسيب :

أحياناً كثيرة يكون النظام المدرسى الثارم سبباً فى شعور التلاميذ بالاستياء والسأم وتقييد الحرية وبالتالى تسوء صحتهم النفسيَّة ، كما أن ترك الحبل على الغارب للتلاميذ ليفعلوا ما يشاءون داخل المدرسة يُصيبهم بالتسيُّب والإهمال واللامبالاة ممَّا يترتب عليه عواقب وخيمة كالهرب أو التسرب من المدرسة، وبالتالى الفشل فى تحصيل الدروس المقررة ومن ثمَّ الرسوب والفشل، ممَّا يؤدى فى بعض الأحيان إلى التعاطى والاعتماد.

والمفروض على الإدارة المدرسية أن تعمل بطرق أكثر توازناً وتواءما بين الحرية والانضباط.

ثالثاً : كابوس الامتحانات المرعب :

بدلاً من أن تكون الامتحانات وسيلة حقيقية لقياس القدرات العقلية والتحصيل المثالى وبالتالى أداة عن طريقها يمكن توجيه الطلاب وإرشادهم ، تحوَّلت إلى غاية فى حد ذاتها، حيث تستعمل الآن كسلاحاً يتحكم فى حياة الصغار، ومستقبل الكبار.

والامتحانات فى بلادنا – للأسف – صارت ترتبط بالخوف والزعر، الخوف من الفشل فى أدائها والذعر من ضياع المستقبل المأمول، لذلك أصبح تلاميذنا وطلابنا يقبلون على تناول العقاقير المهدئة أو تناول العقاقير المنشطة الأمر الذى يترتب عليه الاعتماد.

رابعاً : ندوة الأنشطة المدرسية :

عدم توافر الأنشطة الفنيَّة أوالموسيقية أو الاجتماعية أوالرياضية بالمدرسة يترتب عليه أن يكتفى التلميذ بأن يذهب إلى المدرسة ويجلس أمام مُعلِّمه ليتلقى ما يعطيه له من معارف ومعلومات، كما يجلس بجوار تلاميذ آخرون لا تربطه بهم أية صلة إيجابية وهذه الصورة المتردية تُفقد المدرسة عاملاً هاماً هو خلق جو اجتماعى يشترك فيه التلميذ ويتفاعل معه، ويندمج فيه وينتمى إليه، لذلك لا غرو أن نرى التلاميذ يشعرون بالرتابة والضيق من الجو المدرسى، فيفصحون عمَّا عندهم من نشاط دفين بطرق غير موجهة فى التخريب أو المشاحنات أو التدخين أو الاعتماد أو تكوين عصابات . . إلى غير ذلك من الاضطرابات السلوكية المختلفة.

خامساً : طرق التدريس التقليدية :

قد تنتشر ظاهرة شرود الذهن ومن ثمَّ الانخراط فى أحلام اليقظة أو السرحان بين التلاميذ نتيجة اتباع طرق التدريس التلقينية فى مدارسنا، وهى الطريقة التى يكون فيها المُعلم إيجابياً، والتلميذ سلبياً، ممَّا يتسبب فى ملل التلاميذ وانصرافهم عن التركيز.

سادساً : عبء الواجبات المنزلية :

أصبحت الواجبات المنزلية تُشكل عبئاً كبيراً للأباء والأمهات من جهة، والتلاميذ وخاصة الصغار منهم - من جهة أخرى، فالمدارس صارت الآن تعتمد اعتماداً كليّاً على المنزل الذى ربما أعطى الأطفال ما هو أكبر من طاقاتهم أو قدراتهم ، وهذا الاتجاه يُسبب أضراراً جسمية على صحة أولادنا النفسيَّة ، ومن ثمَّ تعرضهم للاضطرابات النفسيَّة.

سابعاً : سوء التخطيط والتنظيم داخل المدرسة :

يتجلَّى ذلك فى أمرين هامين : الأمر الأول هو عدم وضع التلميذ فى مستواه العلمى بالفصل، كأن يوضع الطالب ضعيف القدرات العقلية فى فصل دراسى مع الأذكياء ، ممَّا يشعره بالنقص لأنه لا يستطيع مسايرة هؤلاء التلاميذ الأذكياء، فيتلبد ويتخلف وبالتالى يكره المدرسة فيهرب. كما أنَّه يشعر بالحقد على هؤلاء الأذكياء ممَّا يؤدى إلى افتقاده لجماعة الأصدقاء.

الأمر الثانى : هو سوء توزيع المواد الدراسية بالجدول المدرسى، كأن يتم تكديس المواد العملية فى وقت متواصل بغير فترات راحية كافية ممَّا يتسبب فى إرهاق التلاميذ ذهنياً، وبالتالى ينصرفون عن التركيز والتحصيل المثمر.

تلك كانت بعض الأساليب اللاتربوية التى تستخدمها المدرسة والتى تؤدى بالقطع إلى تفاقم مشكلة التعاطى والاعتماد . والآن ينبغى أن نختتم هذا الفصل بأن نقترح أهم السبل التى يجب أن تتبعها مدارسنا العربية لدرء هذا الخطر الكبير.

ما الذى ينبغى أن تقوم به المدرسة لدرء خطر تعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد ؟

لعل أول ما يجب أن تقوم به المدرسة لدرء خطر التعاطى والاعتماد هو إشباع الحاجات الأساسية لتلاميذها، أول هذا الحاجات هى إشباع حاجاتهم للحبِّ والحنان وذلك عن طريق الاهتمام بغيابهم وخاصةً فى فترات مرضهم، كذلك مقابلة أولياء أمورهم والتحدث إليهم بعبارات إيجابية عن إمكانات أولادهم.

هناك أيضاً إشباع حاجتهم للتحرُّر من الخوف، ففى مواقف التعلم المختلفة يجب الابتعاد عن التهديد أو الضرب كوسيلة لتغيير أو تعديل السلوك، وحينما يُعانى بعض التلاميذ من المخاوف التى تتعلق بالفشل فى الدراسة حيث أن المدرسة تعزز المعيار الواحد للتفوق وهو المعيار العقلى فقط عن طريق الإمتحانات المرعبة دون أن تهتم بسائر القدرات أو الإمكانات لذلك يستطيع المربون أن يقللوا من هذا الخوف على أساس أن هناك فروقاً فردية بينهم، وأن كل إنسان قادر على التفوق فى المجال الذى يُحبه، وبالتالى يحقق النبوغ والتفرد.

أيضاً إشباع حاجة التلاميذ إلى الانتماء، عن طريق مشاركة هؤلاء التلاميذ فى المناقشات حول أحوالهم الشخصية، والاهتمام بالأنشطة التى يقومون بها، وبنجاحهم فيها، وإشراكهم كذلك فى الرحلات أو المعسكرات أو الزيارات. ويجب على المربين فى هذا الخصوص ألاَّ يضعوا نمطاً يسمح بالمحاباة أو المجاملة أو المقارنة.

رابع هذه الإشباعات هو إشباع حاجتهم إلى احترام الذَّات بحيث يجب إشراك التلاميذ فى وضع البرامج المدرسية، واختيار بعض الأنشطة التى تهمهم، كما يجب تشجيعهم على تنمية قدرتهم فى إصدار الأحكام، وتفسير الأدلة، والتخطيط لحل المشكلات، وأن توفر المدرسة لهم الفرص الكافية لتذوق الموسيقى والشعر والفنون التشكيلية.

كذلك إشباع حاجة التلاميذ إلى الأمان الاقتصادى، بحيث لا بد أن يهتم المربون بالفصول التى تضم تلاميذاً من أسر تتفاوت فى إمكاناتها الاقتصادية فيكونوا على حذر وهم يطالبون منهم أدوات أو خامات أو مراجع قد تُعتبر سهلة التحقيق لفئة دون غيرها. كما يجب على المربين أن يتعاونوا مع الأخصائيين الاجتماعيين بالمدرسة بحيث يمكنهم مساعدة التلاميذ الفقراء بما لا يجرح مشاعرهم أو يخدش أحاسيسهم. كما أن بعض التلاميذ يعانون من أوضاع اقتصادية متردية ومن ثمَّ يفقدون الإحساس بالتفاؤل فى الحاضر والمستقبل لذلك لابد أن يوجه إليهم المربون اهتماماً خاصاً وذلك بأن يشجعوهم على دراسة سير بعض العظماء الذين اجتازوا بالعمل والصبر هذه

المحن فتبوأوا مكانة مرموقة فى مسيرة الخالدين لعلّ من أبرزهم - كمثال يُحتذى به - الدكتور «طه حسين» عميد الأدب العربى.

- رعاية التلاميذ المتخلفين دراسيّا من أساليب الوقاية التى يجب على المدرسة من الاهتمام بها اهتماماً جدياً، لأنَّنا نعلم أن الفشل الدراسى هو الباب الملكى للدخول فى مخاطر التعاطى والاعتماد، فالتلميذ المتأخر دراسيّا يُصاب ببعض الاضطرابات النفسيَّة كالشعور بالنقص، والإحساس بالغيرة ،والحقد على زملائه، ولأنَّ الأسرة تنبذه ، والمدرسة تضطهده فإن سلوكه يكتسى بعدم السواء فيميل إلى التخريب أو المشاجرات أو السرقة أوالهروب من البيت أو المدرسة ومن ثم التدخين الذى يليه مباشرة تعاطى واعتماد المواد النفسية كالمخدِّرات أوالمنشطات أو المهلوسات.

وإننى هنا أطرح بعض الوسائل العلاجية التى تفيد فى حالات التخلف أو التأخر الدراسى:

(أ) أن يشترك فى العلاج كل من له صلة بالتلميذ مثل : الإخصائى النفسى، والإخصائى الاجتماعى، والمُعلم، والوالدان، والطبيب النفسى (إذا لزم الأمر).

(ب) أن يكون هدف العلاج هو رفع مستوى تحصيل التلميذ وتحسينه، وحمايته من التأخر الدراسى، وتنمية قدراته وعاداته ومهاراته.

(جـ) أن يتم التعرُّف على مشكلة التلميذ بطرق موضوعية، مع إقامة علاقة موجبة بين التلميذ والإخصائى النفسى أو الإخصائى الاجتماعى.

(د) تنمية بصيرة التلميذ وتشجيعه على التعديل الذاتى للسلوك، وتوجيه نشاطه توجيهاً اجتماعيّا سليماً، وتحسين مستوى توافقه الأُسرى والمدرسى والبيئى.

(هـ) إذا كان التلميذ يُعانى ضعفاً عاماً وجب عرضه على طبيب متخصص للعلاج.

(و) على الآباء ألا يغالوا فى مستوى التحصيل الدراسى الذى يطلبونه لهم، فمعظم الآباء عادة ما يرسمون لأبنائهم خطط تعليمية ترتفع كثيراً عن مستوى قدرات أبنائهم، والآباء فى ذلك يكونون مدفوعين بحبهم الزائد لهم، ولكنهم لا يعرفون أنَّهم بسلوكهم هذا إنما يسيئون لأبنائهم إساءة بالغة، ذلك لأن مستوى طموح الآباء لأبنائهم إذا ما غولى فيه أدى إلى الفشل، إذاً . . فليساعد الآباء الأبناء على الواقعية Reality عند اختيار مستقبلهم التعليمى، وبذلك يضمنون لهم السعادة والرِّضا فى المستقبل، والنجاح فيما يرسمون من خطط.

- نؤكد من جديد أن دور المدرسة يزداد أهمية وخصوصاً إذا أردنا إعداد مواطن عربى أو مصرى صالح قادر على بناء المجتمع والمساهمة الفعَّالة فى تحقيق التنمية الشاملة، وذلك بالنظر إلى ما يمر به مجتمعنا المصرى على وجه الخصوص من متغيرات ثقافية واجتماعية واقتصادية كنتيجة طبيعية لما يحدث حولنا فى عالم اليوم من حيث ثورة الاتصالات والمعلومات التى تتغير وتتبدل وتتضاعف كل ساعة، هذا فضلاً عن تأثير الإعلام، وأيضاً القوى الصهيونية التى تستهدف هدم قيم الشباب المصرى، ودفعه إلى طريق التعاطى والاعتماد، لتظل بلادنا منهكة القوى متخلفة عن ركب الحضارة العالمى، وبالنظر إلى كل ذلك فإن المدرسة لم تعد مُجرَّد موضع يتلقى فيه الطالب كماً من المعلومات ولكنها لابد أن تكون مؤسسة تربوية متكاملة تهيىء طلابها كى يكونوا قوة منتجة قادرة على التصدى لكافة الظواهر التى تهدد سلامتهم وحياتهم، وذلك بوضع خطة متكاملة متناسقة كفيلة لتحقيق هذا الهدف.

- ولَّما كانت مشكلة تعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد من المشكلات الخطيرة التى لا تحتمل الحلول التقليدية المتأنية، بل لابد من مواجهتها بمنتهى التفتح والجدية، لذلك نرى أنَّه لابد للمدرسة أن تتخلَّص من عقائدها وممارساتها التقليدية البالية، وأن تأخذ على عاتقها تبنى خطة مدروسة بحيث تضع هذه القضية ضمن مناهجها الدراسية، وذلك فى مواد دراسية مختلفة مثل : التربية القومية، أو علم الاجتماع، أو علم الصحة، أو علم الكيمياء، أو علم الأحياء،

لتوعية الطلاب بالأساليب العلمية للآثار المدمرة التى يمكن أن تترتب على التعاطى والإعتماد سواء أكانت آثار نفسية أم عقلية أم صحية أم أخلاقية أم اجتماعية أم اقتصادية.

- لابد أن نُسلم فى البداية بأنَّه إذا أردنا لمجتمعنا التطور والرقى والسلامة فلابد من اتباع النظم الديمقراطية بمفهومها الصحيح، على أن تبدأ هذه الخطوة من المدرسة، ولكى يتحقق هذا الهدف لابد أن تُدخل المدرسة تعديلاً جذريّا فى فلسفتها، وأهدافها، ومناهجها، وطرق تدريسها والعلاقات التى تسود فيها. والأسلوب الديمقراطى فى حقيقة الأمر يتميز بخصائص رائعة، إذا اتبعت فأنها تخلق بالطبع مواطنين أصحاء، أسوياء، من هذه الخصائص:

(أ) الاعتقاد بأن جميع الأفراد - فيما عدا المرضى - لديهم القدرة على التفكير والتعلُّم بما يحقق لهم التوافق فى الحياة الاجتماعية بمظاهرها المختلفة.

(ب) العمل على تنمية شخصية كل فرد والنظر على أنَّها شخصية فريدة لها قدراتها وميولها واتجاهاتها التى يجب أن تتاح لها فرص التنمية إلى أقصى حد ممكن داخل إطار الجماعة.

(جـ) كل فرد حر فى تفكيره وتعبيره وفى اختيار نوع عمله فى حدود مصلحة الجماعة وأهدافها وإتاحة الفرصة له لتحقيق ذلك بالفعل.

(هـ) احترام كافة الأفراد بصرف النظر عن الفوارق والاختلافات اللونية أو الجنسيَّة أو العقائدية.

(و) جميع الأفراد متساوون فى ممارسة حقوقهم والقيام بواجباتهم.

أعتقد أن هذه الخصائص وغيرها، لو طبقت بالفعل فى مجتمعنا، وعلى الأخص فى مدارسنا لاستطعنا بكل سهولة ويسر أن نحافظ على سلامة أطفالنا وشبابنا من خطر تعاطى واعتماد المواد النفسيَّة.

- لابد من مراجعة الاستراتيجية التعليمية والتربوية بأسرها، بحيث لابد من إدخال البرامج والأنشطة التى تنمى الجوانب الإيجابية فى شخصية الطفل فى مرحلة التعليم الأساسى (ابتدائى - إعدادى)، على أن تتطوَّر هذه البرامج مع تقدم السن والانتقال إلى مراحل تعليمية تالية كالمرحلة الثانوية أو الجامعية، لأنَّه من الواضح الآن أن أطفالنا وشبابنا سواء فى داخل المدرسة أو خارجها يفتقرون إلى روح التعاون، والمشاركة الإيجابية ، والإعتداد بالنفس، ولا يكترثون كثيراً بمنظومة القيم الاجتماعية، والمثل العليا، كما أنَّهم غير قادرين على اتخاذ القرار المناسب وتوقع نتائجه، وحُسن التصرُّف ، وسرعة الحسن الناضج ، وهم يستعيضون عن كل هذا الخواء النفسى والفكرى باللجوء إلى تعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد.

ويهمنى أن أوضح فى الفقرات التالية بعض هذه الأنشطة بإيجاز شديد:

(أ) الفنون الجميلة والأشغال اليدوية : حيث تمنح التلاميذ الفرصة لاستخدام أيديهم وتحريك عضلاتهم ممَّا يكسبها قوة، ويساعد على تنمية شخصياتهم، كما تتيح لهم الفرصة على تنمية مقدرتهم على إصدار أحكام صحيحة فى مختلف المواقف، وتتيح لهم أيضاً الفرص للتجريب والابتكار، والخلق، وتنمية الذوق والحس الجمالى المرهف.

(ب) الرحلات والزيارات العلمية : حيث تمنح التلاميذ الفرصة لإشباع ميولهم الطبيعية للمخاطرة وحب الاستطلاع، وتنمى معلوماتهم ، وتعلمهم الاعتماد على النفس، والتغلب على الصعاب، وتغرس فى نفوسهم حب التعاون والتضحية وإنكار الذَّات.

(جـ) التمثيل والتأليف المسرحى : حيث تجعل التلاميذ يهتمون بالفنون والعلوم ذات الصلة بهذا النشاط كالرسم والتصوير والموسيقى والغناء والحياكة والإلقاء واللغة والآداب والشعر.

(د) الأغانى الجمعية والموسيقى : حيث أن الموسيقى والغناء جزءاً هاماً من برنامج الحفلات والرحلات والمعسكرات إلى غير ذلك من المناسبات التى من شأنها

أن تقوى وتزيد روح الجماعة، ومن فائدتها أنَّها تصور قدر من حياة الجماعة ومظاهر نشاطها وشخصياتها البارزة، وتخلق جواً ملؤه السعادة.

(هـ) حفلات السَّمر : وهى تهيىء الفرص للتلاميذ ليعبروا عن ذواتهم دون ارتباك أو تردد، وعن طريق هذه الحفلات يتوافر للتلاميذ فرص إصلاح النفس وتهذيبها وثقلها وإعدادها للاشتراك فى المناشط المختلفة.

(و) الألعاب الرياضية : وهى تستنفد فرط الحركة والنشاط عند التلاميذ ، كما تنمى الروح الرياضية لديهم كقبول الهزيمة بصدر رحب، وأنَّه لا تعالى أو غرور عند الفوز، وأن يتبارى التلاميذ فى جو صالح بعيد كل البعد عن التعصُّب والأنانية وارتكاب الأخطاء عن قصد وعمد.

– على المدرسة أن تضع برامج واضحة ومحددة وهادفة يتم تنفيذها طوال العام بالمحاضرات والندوات والمناظرات الخاصَّة بطرق الوقاية من أخطار المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد، تتم من خلالها الاستعانة بعدد كبير من المتخصصين فى مجالات مختلفة تشمل الجوانب النفسيَّة والاجتماعية والصِّحيَّة والدينية .. إلخ.

– الاستعانة بالمنظمات أوالهيئات أو المؤسسات التى يكون من بين أهدافها مكافحة تعاطى واعتماد المواد النفسيَّة ، بحيث يمكن للمدرسة الاستفادة منها عن طريق الدعم المادى التى تنفذها المدرسة فى هذا المجال، أم باستقدام الخبراء والمختصين.. إلخ.

– توظيف الجماعات الصحيَّة مثل: الهلال الأحمر، وذلك للتوعية بأخطار المواد النفسية، حيث يتم توعية الطلاب من ناحية، ثم يقوم هؤلاء بمخاطبة زملائهم من ناحية أخرى.

– توظيف جماعات الأنشطة المختلفة لخدمة هدف عام هو الوقاية من تعاطى المواد النفسية المحدثة للاعتماد، بمعنى أن يوضع على جدول أعمال كل جماعة دورها فى ذلك، وهنا يبرز دور الأخصائى الاجتماعى فى توجيه هذه الجماعة أو تلك نحو تحقيق الهدف العام، إلى جوار الأهداف الخاصَّة لكل منها.

- تنظيم المسابقات الثقافية والرياضية والفنية والاجتماعية والبحثية الخاصَّة بالاعتماد، ووضع الجوائز التى تحفز الطلاب على المشاركة فيها، وإعلان نتيجة هذه المسابقات، بل ويمكن أن يعرض الطلاب الفائزون إنتاجهم والحديث عنه وهدفه، ويمكن للمدرسة الاستعانة بالمسرح المدرسى لتقديم المسرحيات التى توضح أثر المواد النفسيَّة وخطرها وكيفية الوقاية منها، دون أن تكون فى صورة نصائح مباشرة.

- أن تقوم المدرسة بتشكيل الجماعات العلاجية وهى جماعة لايزيد عدد أعضائها على خمسة عشر طالباً ممَّن يجتازوا اختبارات مُعيَّنة من جانب المختصين، ويتم تطبيق الأساليب المتبعة فى العلاج.

- ينبغى على كل مدرسة من مدارسنا أن تحتفظ لكل تلميذ بملف خاص تُسجل فيه أولاً بأول حالته الدراسية والاجتماعية والأُسرية والنفسية وهواياته المفضلة وميوله الأثيرة ومناهجه فى اختبارات الشهر وآخر العام وملاحظات مدرسى المواد الدراسية المختلفة على سلوكه فُى الفصل ومدى تأثير هذا السلوك على تحصيله الدراسى. كما لابدّ من تسجيل أية تحولات طارئة قد تمهد الطريق لانحرافه. فإن كل هذا وغيره من شأنه أن يقدم وسائل الوقاية من الانحراف قبل وقوعه. ويا حبذا لوحصلت المدرسة على حاسب آلى (كمبيوتر) تفرغ فيه هذه الملفات لتسهيل مهمة استخراجها والاستفادة من البيانات المدونة عليها فى أى وقت. والإطلاع السريع بين الحين والآخر هو بمثابة معرفة الخط البيانى لتفكير التلميذ وحركته وسلوكه صعوداً وهبوطاً وتقدم صورة واضحة لاحتمالات المستقبل بالنسبة له.

- شغل أوقات الطلاب بالأسلوب الأمثل ومساعدتهم على القيام بمشروعات إنتاجية تستثمر طاقاتهم وتعود بالنفع على مجتمعهم، والجماعات الاجتماعية بالمدرسة هى خير وسيلة لتحقيق هذا الهدف مثل : الجمعية التعاونية، جماعة الخدمة العامة، جماعة الصحافة . . إلخ.

- لا نغالى إذا قلنا أنَّ تعاون المنزل والمدرسة من أهم الدعامات التى تساعد على وقاية أطفالنا وشبابنا من خطر التعاطى ومن ثمَّ الاعتماد. فعن طريق اتصال الآباء

(أولياء الأمور) يمكن إحداث التعديلات اللازمة لتحلّ محل الصعوبات التى تطرأ من حيث لآخر، وذلك حتى لا تتعرَّض حياة التلاميذ للصراعات النفسيَّة التى قد تنتج من جرَّاء اختلاف الأسرة فى اتجاه التربية ووسائلها عن المدرسة، فيصبح التلميذ فى حيرة حيث لا يعلمون فى أي اتجاه يسيروا، ومن ثمَّ فإنهم يحلوا هذه الصرعات بالانحرافات السلوكية كالهرب من المدرسة أو الإقبال على التدخين ومن ثمَّ التعاطى والاعتماد.

– للمُعلِّم دورٌ مهمٌ فى درء خطر التعاطى والاعتماد ، ونستطيع على عجالة أن نقدم أهم الأدوار الإيجابية التى يمكن أن يقوم بها على النحو التالى:

(أ) لابد أن يعمل المُعلم على تزويد تلاميذه بخبرات الحياة المتنوعة حتى لا يواجهون الحياة بالمعلومات والخبرات النظرية فحسب.

(ب) يعمل المعلم على تزويد تلاميذه بخبرات الحياة المتنوعة حتى لا يواجهون الحياة بالمعلومات والخبرات النظرية فحسب.

(جـ) تزويد التلاميذ بالقيم والاتجاهات الإيجابية وهى الخاصية التى توجه سلوك التلاميذ توجيهاً صالحاً، وتساعدهم على التقدم فى الحياة بنجاح وسلام.

(د) مواجهة ما يتعرَّض له التلاميذ من مشكلات سلوكية، فالمعلم لابد أن يقوم بدوره فى الشق الوقائى، كما يمكنه أن يساعد فى الشق العلاجى. كما أنَّ للمعلم دوراً فى توجيه الآباء والعمل على تعديل إتجاهاتهم وأساليبهم.

(هـ) التعرف على الأسباب التى تكمن وراء السلوك اللاسوى للتلاميذ، فهو لابد أن يرصد بعض أشكال السلوك غير السوى، والمشكلات السلوكية من جانب التلاميذ مثل: الانطواء الشديد، العدوانية، الاستسلام التام لأحلام اليقظة ، التدخين، التعاطى والاعتماد، ويمكن له أن يستعين بالأخصائيين النفسيين، أو تحويل هؤلاء التلاميذ إلى العيادات النفسية.

أصبحت المدرسة الحديثة الآن فى حاجة إلى أخصائى نفسى بالإضافة إلى الأخصائى الاجتماعى فهؤلاء الأخصائيون الاجتماعيون والنفسيون قادرون على الملاحظة الدءوبة للتلاميذ، وإقامة علاقات طيبة معهم ممَّا يمكنهم من التعرُّف على مشكلاتهم الدراسية والاجتماعية والنفسية والعائلية، وبذلك يستطيعون تجنُّب مظاهر الانحراف بينهم قبل وقوعها.

وفى هذا الصدد يجب تدريب الإخصائيين الاجتماعيين والنفسيين بالمدارس على كيفية التصدى لمشكلة تعاطى المواد النفسية المحدثة للاعتماد ، وكيفية التعامل معها، والتعرف المبكر على شخصية المتعاطى أو المعتمد.

الفصل الثانى عشر

أهم وسائل علاج تعاطى واعتماد المواد النفسية المخدرة

تمهيد

قبل الخوض فى عرض تفاصيل هذا الفصل الختامى، أود أن أعرض لموقف المواد النفسيَّة المخدرة فى مصر.

- يلاحظ أنَّ تعاطى الأفيون أقلُ انتشاراً من تعاطى القِنَّبْ. وفى أحد بحوث الدكتور «مصطفى سويف» الميدانية المنشورة فى السبعينيات من القرن المنصرم قدر هذه النسبة بين متعاطى الأفيون ومتعاطى القِنَّب المنتظمين بما يقرب ١ :٣ ، وثمة دلائل تشير إلى أنَّ هذه النسبة لا تزال ثابتة علَى حالها فى آواخر الثمانينات، وأنَّها أقل من ذلك بكثير فى حالة الشباب الذين لم يتخطوا بعض مرحلة تجريب تعاطى المواد النفسيَّة الطبيعية (إذ لا تزيد النسبة بينهم عن ١ : ١٠).

- الذين يتعاطون المورفين أقل كثيراً ممَّن يتعاطون الأفيون.

- بدأ تعاطى الهيروين فى الظهور فى أوائل الثمانينيات من القرن المنصرم، وبوجه خاص منذ عام ١٩٨٤م، حين بدأ يظهر بشكل متواتر فى التقرير السنوى الصادر عن الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، غير أنَّه لا يزال محصوراً فى شرائح محدودة جداً رغم ضخامة الضجة الإعلامية المثارة حوله. وربما كان مرجع هذا التفاوت إلى أن الشريحة التى تعرضت لصدمة الإصابة فى أبنائها أعلى صوتاً من غيرها من شرائح المجتمع.

- توفير علاج متكامل :

توفير العلاج المتكامل (أي الطبى، والنفسى، والاجتماعى) هو الشىء الضرورى والمُلح بالنسبة للمتعاطين حد الاعتماد، وهو واجب على الدولة بمقتضى الاتفاقات الدولية التى هى طرف فيها ومن ثمَّ فأي محاولة للتنصُّل منه، من شأنها أن تسىء إلى الدولة فى المحافل الدولية بأشكال مختلفة وعلى مستويات متغايرة.

وعند الحديث عن العلاج في ميدان التعاطي والاعتماد لابد من التنبُّه إلى وجود قدر من التداخل بين العلاج والوقاية ، وذلك على المستويين التصوري والإجرائي، ففي الوقاية من الدرجة الثانية نجد أنَّ العلاج المبكر، أي علاج الحالات التي لا تزال في مراحل مبكرة من التعاطي يُصنف على أنَّه جزء من إجراءات الوقاية الثانوية، حيث وقاية الفرد من الاستمرار في التعاطي والعودة به إلى الحياة النقية الخالية من المخدَّرات أوالمنشطات أو المهلوسات أو الكحوليات. . . إلخ.

وتبدو أهمية إعادة الحديث في هذا الموضوع هنا ونحن ننظر في أمر العلاج، تبدو في أنَّ هذا الاعتبار يمكن أن يتدخل في الكيفية التي تنظم بها الخدمة العلاجية على المستوى الاجتماعي . . ذلك أنَّه من الملاحظ أن المتعاطين بوجه عام لا يسعون إلى العلاج من تلقاء أنفسهم ، ومن ثمَّ فهم يأتون إلى العيادات أوالمصحات مرغمين نتيجة لضغوط الآخرين (الأسرة غالباً أو السلطات القضائية) ، والغالب عندئذ أن يكون مجيئهم هذا متأخر جداً ممَّا يقلل من احتمالات جدوى العلاج. من هذا المنظور يبدو أن أحد التدابير لرفع كفاءة الخدمة العلاجية إنما يكون بتنظيمها بصورة تتيحُ الفرصة لالتقاط أكبر عدد ممكن من الحالات المبكرة(1).

أركان العلاج المتكامل:

أولاً: العلاج الطبي:

هناك بعض الإجراءات الطبية الإسعافية ، وذلك في مواجهة بعض الحالات التي قد تتعرَّض لما يُسمى بحالات التسمم المرضية الحادة Acute Pathological Intoxication قد تنتاب الفرد نوباتُ عنف، فيهاجم بعض الأشخاص، أو يحاول إتلاف بعض الأثاث أو الممتلكات المادية، وذلك أثر تعاطي جرعة من الكحوليات أو المنشطات أو المهلوسات تحدث هذه النوبات لأسباب مختلفة ، إمَّا للإفراط في تناول الجرعة، أو لحداثة عهد المتعاطي بالتعاطي للمادة النفسيَّة، وفي هذه الحالة لابدّ من أن

(1) Gossop, M.& Grant , M. Preventing and controling drug abuse : WHo, 1990 . P.88.

يتناول بالرعاية طاقم طبى مُدَّرب، يقوم بطمأنته، وفى الوقت نفسه منعه من أن يؤذى نفسه أو الغير. كذلك قد تتعرَّض بعضُ الحالات لما يسمى بأعراض الذهان التسمُّمى Toxic Psychosis فتظهر لدى الشخص بعض أنواع الخداع الحسى Illusions كما قد تظهر بعضُ الهلاوس Hallucination والضلالات Delusions وفى هذه الحالات قد يحتاج الطبيب إلى قدر محدود من التدخُّل الدوائى(١).

بعد ذلك هناك فئة أخرى من الإجراءات الطبية هى فئة إجراءات تطهير الجسم أو ما يُسمى أحياناً سحب المخدر، أو مرحلة التخلص من السموم، وهى مرحلة طبية فى الأساس ذلك أنَّ جسد الإنسان فى الأحوال العادية إنما يتخلص تلقائياً من السموم. ولذلك فإنَّ العلاج الذى يقدم للمتعاطى فى هذه المرحلة هو مساعدة هذا الجسد على القيام بدوره الطبيعى، وأيضاً التخفيف من آلام الإنسحاب مع تعويضه عن السوائل المفقودة، ثم علاج الأعراض الناتجة لمرحلة الانسحاب(٢).

وينبه المختصون إلى أنَّ إجراءات التطهيرأو التخلُّص من السموم ليست دائماً عنيفة، فهى تتوقف من ناحية على نوع المادة النفسيَّة، ومن ناحية أخُرى على المعالج فى تطبيقها، فقد تتخذ الخطة شكل سحب المخدر سحباً بطيئاً متدرجاً قد لا يحتاج المُعالج إلى أي تدخل دوائى، ويكتفى بإرشاد المتعاطى خطوة خطوة، مع طمأنته وتشجيعه، ومع ذلك فهذه الإجراءات قد لا تتم بهذه الصورة الهادئة، ومن العوامل التى تتدخل فى هذه الصدد : نوع المادة النفسية، وشدة الاعتماد البدنى، وحالة المعتمد. وتتراوح المدةُ التى تستغرقها هذه الإجراءات بين أربعة أو خمسة أيام (قد تصل إلى سبعة أيام) فى حالات المواد ذات الفاعلية قصيرة المدى كالهيروين والكحوليات وبعض الباربيتورات.

(١) Arif, A.& westermeyer , J. 1988, P.195.
(٢) الإدمان أوهام، أخطار، حقائق، مرجع سابق، ص ص ٨٢ ، ٨٣.

أما فى حالة المواد ذات الفاعلية طويلة المدى كالأفيون فى صورته الأقرب إلى الخام والفاليوم والميثادون فقد تطول المدة من عشرة أيام إلى ما يقرب من ستة أسابيع.

وفيما يتعلق بالتنفيذ الفعلى لإجراءات التطهير أو التخلص من السموم يفرق المختصون بين نوعين من التصرفات : تصرُّفات عامَّة يجب مراعاتها عموماً، وتصرفات نوعية تختلف من مادة نفسيَّة مُعينة إلى مادة أخرى. ومن أمثلة التصرفات العامة: ضرورة المراقبة المستمرة لحالة المريض على مدار الأربع والعشرين ساعة من حيث المؤشرات الحيوية كالنبض وضغط الدم ودرجة الحرارة.

أمَّا بالنسبة للتصرُّفات النوعية فهذه أشد التصاقاً بالخصائص الفارماكولوجية للمادة أو للمواد الاعتمادية التى يجرى تطهير بدن المريض منها[1].

وهناك إجراءات طبية أخرى، نعنى بها تلك الإجراءات الطبية التى لابد من القيام بها فى مواجهة بعض المضاعفات الصحية التى يُعانى منها كثير من المعتمدين دون أن تكون جزءاً من الآثار المترتبة مباشرة على تعاطى هذه المادة أو تلك من المواد النفسية الاعتمادية، من هذا القبيل موضوع التغذية ، فانتشار سوء التغذية بين المتعاطين ظاهرة ملحوظة بين إنفاق المبالغ المحدودة التى فى حوزته على المادة النفسية أو على الطعام ، والغالب أن تُرجح كفة المادة النفسية فى هذه المفاضلة.

وهناك أسباب أخرى ربما تكون أقل وضوحاً منها: أن الأفيونات والأمفيتامينات ذات تأثير خافض للشهية إلى الطعام. وهناك موضوع الأمراض المعدية، ويتعرَّض لها المعتمدون يطرق متعددة، وهناك أيضاً موضوع الحوادث التى يتعرض لها المتعاطون والتى يمكن أن يصحبها كثير من ضروب الأذى البدنى الذى يلحق بهم. هذه وغيرها جميعاً من المضاعفات الطبية التى تتطلب جهوداً إضافية يقع عبئها على فريق المعالجين الطبيين المسئولين عن تقديم الخدمة الطبية للمتعاطين والمعتمدين[2].

---

(١) المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية ، مرجع سابق، ص ص ٢٢٢ ، ٢٢٣ (بتصرف).
(٢) المرجع السابق، ص ٢٤٤ (بتصرف).

والمكون الطبى للعلاج يقوم فى حقيقة الأمر على مبدأين رئيسيين، مبدأ الفطام التدريجى للمتعاطى من المادة النفسيَّة التى اعتمد عليها، أو مبدأ سد القنوات العصبية التى تسلكها المادة، داخل جسم المتعاطى للتأثير فى سلوكياته. وعلى الطبيب أن يختار أحد المبدأين فى العلاج.

فإذا اختار الطريق الأول، طريق الفطام التدريجى، فأنَّه ينتقى للقيام بهذه المهمة مادة نفسية أضعف بكثير من المادة النفسية التى اعتمد عليها ولكن من الفصيلة نفسها.

ويتولى الإشراف على إعطائه للحالة (بدلاً من المادة النفسيَّة الأصلية) بجرعات وعلى فترات محددة، على أن يتم تخفيض الجرعة وإطالة الفترات بين الجرعات تدريجياً، حتى ينتهى الأمر غالباً إلى فطام كامل للحالة. والشائع الآن بين الأطباء فى كثير من دول العالم أن يختار الأطباء عقار «الميثادون» Methadone لأداء مهمة الفطام التدريجى بالنسبة لمعتمدى الأفيون ومشتقاته بما فى ذلك الهيروين.

أمَّا إذا اختار الطبيب المعالج الطريق الثانى، طريق سد القنوات العصبيَّة، فإنه ينتقى لذلك عقاراً مثل عقار «النالتركسون» Naltrecxone يتولى الإشراف على إعطائه للحالة بجرعات محددة وعلى فترات مُعيَّنة، ويتخلص تأثير هذا العقار فى سد المستقبلات العصبية المعدة أساساً فى مخ المعتمد لاستقبال الأفيون أو مشتقاته ثم توزيع آثارها العصبية السلوكية فى جسم المعتمد. ومعنى ذلك أن المتعاطى الذى يتناول عقار «النالتركسون» لن يتأثَّر بالأفيون أو أي من مشتقاته إذا تعاطاه ما دام تأثير عقار «النالتركسون» قائماً. ويستمر الطبيب فى إعطاء هذا العقار حسب نظام محدد ولفترة معينة، حتى ينتهى الأمر بالمعتمد إلى أن يعود بجسمه إلى حالة التوازن الفيزيولوجى دون حاجة إلى وجود الأفيون أو مشتقاته. ويصحب ذلك انطفاء اللهفة إلى المخدر(١).

---

(١) نفسه، ص ص ٢٢٦ ، ٢٢٧ (بتصرف).

قبل أن أختتم هذه الجزئية الخاصة بالعلاج الطبى لحالات الاعتماد، استرعى انتباهى مقالة الدكتور «جمال ماضى أو بالعزيم» أخصائى الطب النفسى[1]، والذى أكَّد أنَّ مشكلة علاج المتعاطى هى فى المقام الأول مشكلة طبية نفسية لا يصح للأطباء الهروب منها مهما كانت ضآلة نسبة الشفاء منها. والمشكلة الطبية لا تُشكل أكثر من ٢٠٪ من علاج مشكلة التعاطى.

ولكى تستطيع إرادة المتعاطى أن تتجمَّع لتتغلب على داء الاعتماد يجب أن يجتاز المرحلة الحرجة التى تُعرف بمرحلة الأعراض الحادة للانسحاب.

ويهاجم الدكتور «جمال ماضى أبو العزايم» روح اليأس والأحباط الذى يسيطر على بعض الأطباء والأخصائيين النفسيين فى مواجهة هذه المحنة ، إذ أن لكل مجتمع ما يناسبه من برامج علاج وأساليب تشخيص لابد من البحث عنها من واقع الدراسة الميدانية قبل أن نتورط فى مقولة ضآلة نسبة الشفاء فى برامج العلاج المتاحة حتى الآن. فمشكلة التعاطى والاعتماد كأي مشكلة أخرى يوجد لها معايير لتقنينها، منها: مقياس حدة الاعتماد الذى ينصف حدة الاعتماد على حسب نوع التعاطى، طول مدته، تعدُّد أنواعه، عدد مرَّات العلاج منه، درجة تماسُّك التكوين الأسرى والاجتماعى المحيط بالمتعاطى، عدد مرَّات الانتكاس، تاريخ المعتمد الدراسى، درجة نجاحه فى عمله، درجة التدهور الاجتماعى المصاحب لمشكلة التعاطى والاعتماد. بهذا المقياس يمكن تصنيف كل متعاط حسب درجات تعاطيه واعتماده ، فهناك من يمكن علاجه بدون طبيب، ومن يحتاج إلى العلاج الخارجى أو الداخلى لفترات متوسطة، ومن يحتاج فعلاً إلى العزل ، وإلى برامج تأهيلية نفسية ، وعلاج جماعى وأسرى مكثف يقوم به فريق علاجى مدرب لمدة طويلة. ومشكلة الطبيب النفسى أن من يعرض عليه هو فى كثير من الأحيان مَنّ يمكن اعتباره متدهوراً فى مقياس الاعتماد . ولا شك أن الشفاء يصبح مستعصياً إذا تحطمت شخصية المتعاطى تماماً

---

(١) جريدة الأهرام القاهرية، الصادرة بتاريخ ٣ من سبتمبر ١٩٨٩م.

وأصبح التعامل معها بأي أسلوب مستحيلاً . لذلك يدعو الدكتور «أبو العزايم» الأسرة المصرية إلى ضرورة ملاحظة الأبناء والإسراع مبكراً بالعلاج.

ثانياً : العلاج النفسي :

توجد الآن أساليب متعددة للعلاج النفسى لحالات الاعتماد على اختلاف أنواعها . ولما كان من المسلمات فى هذا المجال أن العلاج الذى يناسب مريضاً ويؤدى إلى تحسن حالته قدلا يناسب مريضاً آخر يُعانى من العلة نفسها، فمعنى ذلك أنَّ أمام المعالج النفسى الآن مجالاً للاختيار بين عدة بدائل بما يناسب الحالة التى يُعالجها، وهو ما يزيد فى نهاية الأمر من فرص شفاء المتعاطين.

والآن توجد طرق علاج نفسى يجرى ابتكارها ممَّا يبشر بمزيد من الآمال المعلقة على مستقبل العلاج، ولعلّ من أشهر العلاجات النفسية الحديثة فى هذا المجال ما يُعرف بمجموعة العلاجات السلوكية للاعتماد. وهى تقوم فى مجموعها على مُسلمة أساسية تتمحور فى أن جميع أشكال السلوك الصادرة عن الفرد (بما فى ذلك التعاطى والاعتماد) إنَّما هى أشكال تُكتسب وتنمو فى ظلّ الظروف الحياتية ، ومن ثم تصدقُ عليها قوانين اكتساب العادات ونموها، ويصدق عليها أيضاً قوانين وإجراءات التخلُّص من العادات أو تعديلها، مع كل الإختلافات التى يجب مراعاتها بين فئات العادات المختلفة من حيث مستويات الدعم والتركيب التى تتوافر لها[1].

وبما أن ممارسات التعاطى إذا تمكنت من صاحبها بحيث تؤدى به إلى الاعتماد يكون معنى ذلك أنَّها وصلت به إلى تكوين عادات شديدة الرسوخ والتركيب فمعنى ذلك أن العلاج (أي محاولة تخليصه من مجموعة العادات التى تخدم تعاطيه الاعتمادى) لن تكون أمراً هيناً، ولكنها مع ذلك لن تكون مستحيلة. كل ما فى الأمر أنها تستلزم درجة عالية من التعاون بين المعتمد والمعالج، مع قدر من الإجراءات

(١) Arif , A & Westermeyer, J. 1988, P.239.

العلاجية المعقدة، ومواظبة ومثابرة على تلقى هذا الإجراء لفترة زمنية تصل إلى عدة شهور، تتبعها فترة أخرى من المتابعة قد تمتد إلى بضع سنوات بهدف التقويم(١).

ومن طرق العلاج السلوكى المشهورة فى هذا الصدد طريقة «بودن» Boudin وهى تعتمد على ثلاث مقومات رئيسية هي :

١ - تدريب المتعاطى أو المعتمد على ملاحظة الذَّات ، ورصد ما يصدر عنها Self - Monitorug .

٢ - التدريب على تقييم الذَّات Self - evaluation بناء على ما يصدر عنها.

٣ - ثم برمجة تعديل السلوك بناء على المعطيات التى نصل إليها من البندين السابقين.

ويُعتبر التدريب على الملاحظة الذَّاتية المنظمة والرصد المنظم لعائد الملاحظة أحد الأساليب المهمة التى تُستخدم فى العلاجات السلوكية الحديثة (أي الملاحظة الذَّاتية والرصد) تؤدى ثلاث وظائف فى إطار هذه العلاجات، هذه الوظائف هى :

أولاً : رصد أنواع مُحددة من السلوكيات الصادرة عن الفرد ذات علاقة بموضوع العلاج المطلوب، وذلك قبل التدخل العلاجي.

ثانياً : رصد هذه الأنواع نفسها من السلوك على فترات أثناء وبعد التدخُّل العلاجى لتقييم أثر هذا التدخل.

ثالثاً : تستخدم أحياناً لتيسير إحداث التغيُّر المطلوب(٢).

وجدير بالذكر أن هذه العلمية هى عملية مُعقدة لها قواعد محددة وليست مسألة بسيطة.

---

(١) المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية ، مرجع سابق، ص ٢٢٨ (بتصرف).

(٢) Beck, S.Self - monitoring, in Dictionarg of behaviour Therapy A.S. Bellack & M. Hersen eds., New York : Pergamon, 1985.

والهدف من تدريب المعتمد على هذه الملاحظة الذاتية الوصول به إلى التقاط ورصد ما يُسمى بـ «الأنماط الوظيفية» التى يكشف سلوكه الاعتماد عنها. والنمط الوظيفى هو التسلسل الذى يبدأ بوقوع حدث أو سلسلة من الأحداث تثير الدافع إلى تعاطى المواد النفسية المحدثة للاعتماد، ثم يقع فعل التعاطى نفسه. بعبارة أخرى إن النمط الوظيفى فى برنامج «بودن» هو مجموعة السوابق السلوكية التى تسبق وقوع فعل التعاطى، ثم فعل التعاطى نفسه، ثم مجموعة اللواحق السلوكية التى تلحق بفعل التعاطى مباشرة[١].

ويتولى المعالجة تقييم هذه الأنماط من حيث ما يناسبها من طرق تعديل أو تغيير السلوك التى يلزمه استخدامها مع هذه الحالة، وذلك ليختار هذه الطرق التى يراها مناسبة ويتجنَّب ما سواها. وإذا أبدى المريضُ تحسناً نسبياً ارتقى به المُعالج بعد ذلك إلى مرحلة جديدة يُعلِّمه فيها كيفية تقييم أنماطه الوظيفية كما يُعلمه عدداً من طرق تغيير السلوك يقوم بتطبيقها على نفسه بنفسه. أخيراً تبقى نقطة واحدة هى الإشارة إلى أن المعالج لا ينتهى من علاجه الحالة إلا بناء على تقييم أثر العلاج العلاجى، وعدد مرَّات اصطدامه بالقانون طوال فترة العلاج[٢].

ويستغرق إنجاز هذا البرنامج بضعة شهور، ويمكن تطبيقه على معتمدين محتجزين داخل المصحات، كما يمكن تطبيقه على أساس نظام العيادة الخارجية، وهو ما يشهد بمرونته، ومن ثمَّ يعظم من فائدته . والجدير بالذكر أن هذا النظام العلاجى جُرب فعلاً على عدد من معتمدى الهيروين فى مدينة «جينزفيل» بولاية فلوريدا فى الولايات المتحدة الأمريكية وكانت نتائجه على درجة عالية من الكفاءة.

---

(١) لجنة المستشارين العلميين، مرجع سابق، ص ٢٢٣.

(٢) Boudin, H.M., Valentine , V.E., Ingraham, R.D., Brantley, J.M.Ruiz, M.R., Smith, G.G Catlin, R.P. & Regan, E.J. Com. Tingency contrating with drug abusers in the mat - tingency contrating with drug abusers in the mat. uarl environment, the Intern. J.of the Addict, 1977, 12m 1-16.

ثالثاً : العلاج الاجتماعى :

وهو ينقسم إلى : «إعادة التأهيل» Rehabilitation وإعادة الاستيعاب الاجتماعى Social reintegration . وعلى الصفحات التالية سنحاول وصف كل من هذين القسمين بإيجاز :

١ - إعادة التأهيل المهنى :

والمقصود بذلك هو عودة المعتمد إلى مستوى مقبول من الأداء المهنى، سواء كل ذلك فى إطار مهنته التى كان يمتهنها قبل التعاطى أو الاعتماد، أو فى إطار مهنة جديدة وتتضمّن إعادة التأهيل فى هذا الصدد عناصر هى : الإرشاد المهنى Oc- cupationl coun - Selling – ، وقياس الاستعدادات المهنية occupational ap- titudes والتوجيه المهنى occupational Guidance ، والتدريب Training .

ويشير مصطلح الإرشاد إلى العلاقة التى تنشأ بين شخص يحاول أحدهما (وهو المرشد) مساعدة الآخر (وهو المسترشد) على أن يفهم المشكلات الخاصّة بالتوافق مع متطلبات مجال بعينه، وأن يتغلّب عليها[١].

ويغطى المصطلح هنا مساحة واسعة من الإجراءات التى تمتد لتشمل تقديم المشورة والمعلومة، وتزويد المسترشد بأسلوب لفهم مشكلات التوافق وللتغلب على هذه المشكلات بإيجاد الحلول المناسبة لها.

ثم يأتى الدور بعد ذلك على قياس الاستعدادات المهنية، ويشير مصطلحُ الاستعداد كما يستخدمه علماء النفس إلى درجة احتمال نجاح الفرد فى مجال بعينه من مجالات النشاط الإنسانى كالتجارة أو الصناعة . . إلخ، وهناك طرق فنية متعددة لقياس الاستعدادت المهنية بدرجة عالية من الدقة والموضوعية.

(١) English, H.B. and English, A.C. (1958) A comprehensive dicti -- onary of Psycho- logical and psychoalytival terms, New yo - rk : Longmans. Fazey, C. (1977) The ae- tiology of psych oactive substance use , Paris : Unesco

ويجتمع تحت مفهوم التوجيه المهنى مجموع الإجراءات التى تُتخذ استغلالاً للمعلومات التى تجمعت عن المعتمد النَاقة (تسمية له توضيحاً لأنه سيكون عندئذ فى مرحلة النقاهة من اعتماده» من خلال الإرشاد ، ومن خلال قياس استعداداته المهنية، فيجرى توجيهه إلى الالتحاق بالمهنة التى تتناسب وهذه المعلومات، ولكى يكتمل التوجيه بالصورة الواجبة يحتاج الأمرُ إلى أن يكون لدى القائمين على توجيهه مجموعتان إضافيتان من المعلومات : إحداهما تتعلّق بالمهن الشاغرة فى سوق العمل، والثانية تتعلق بما يُسمى بروفيل المهارات اللازمة الاشتغال الكفء بهذه المهن. ويعتمد توافر هذا «البروفيل» على ما يُسمى بتحليل العمل.

ففى المجتمعات المتقدمة يتوافر لكثير من الأعمال التى تقوم عليها الصناعات الحديثة بيان بمجموعة المهارات، ومستويات كل منها، التى تلزم لإتقان هذه الأعمال. وتكون مهمة التوجيه المهنى فى نهاية المطاف المضاهاة بين نتائج قياس استعدادات الشخص المُتقدم للالتحاق بهذا العمل أو ذاك، و«البروفيل» المطلوب لأداء العمل بكفاءة . وإذا لم تتوفر هذه المعلومات عن «بروفيلات» الأعمال المتاحة فيجرى الاستعانة بخبرة الخبراء فى ميدان هذه الأعمال، وهو حل مؤقت لا سبيل إلى الاعتراض عليه(١).

٢ - إعادة الاستيعاب الاجتماعى :

إعادة الاستيعاب الاجتماعى هى الخطوة الأخيرة والمكملة لإجراءات الرعاية اللاحقة التى تتناول المُعتمد النَاقة.

والهدف من إجراءات «إعادة الاستيعاب» هو إعادةُ تطبيع المعتمد الناقة بحيث يعود إلى القيام بأدواره الاجتماعية التى كان يؤديها قبل اعتماده. وأهم ما ابتكره العلماء فى هذا الصدد هو ما يُسمى بـ «المجتمعات العلاجية» وهى مؤسسات موجهة

(١) Platt, J.J. Vocational rehabilitation of drug abusers, Psychol. Bull . 1995. 117/3, 416-433.

أساساً للعناية بتقديم هذا الجزء الأخير من إجراءات العلاج وهو ما نسميه إعادة الاستيعاب الاجتماعي.

وقد نشأت هذه المجتمعات العلاجية في الولايات المتحدة الأمريكية نحو عام ١٩٦٢م : في سياق تصاعد موجة إقبال الشباب الأبيض على تعاطي المواد النفسية المحدثة للاعتماد. حيث تشير جميع الدلائل إلى أنَّ العلاج الطبي، والطبي/ النفسي، لا يكفي للعلاج في معظم الحالات.

ومع بداية سبعينيات القرن المنصرم انتشرت في معظم الولايات المتحدة. ومع بدايات الثمانينيات من القرن ذاته كانت قد انتشرت في كندا ودول أوروبا الغربية مثل: البرازيل، وبنما، وفنزويلا. كما تكوَّنت لها اتحادات دولية وعقدت باسمها المؤتمرات العالمية لتبادل الخبرات بين القائمين بالعمل فيها في جميع أنحاء العالم(١).

وتقوم صيغة العمل في هذه المؤسسات على أساس التصوُّر الآتي:

بما أن الاعتماد يعتبر إفصاحاً فرارماكولوچيا يخفي وراءه اضطراباً في نمط تكيُّف الشخصية مع ظروف حياتها الاجتماعية فلا يمكن لأي علاج إذا أُريد له النجاح أن يتجاهل الأساس العريض (الاجتماعي / النفسي). من هنا صار ضرورياً خلق سياق اجتماعي صحي يُحيط بالمعتمد الناقه لتصحيح أنماط التوافق الخاطئة. وعلى ذلك تتحدد أهداف العمل في هذه المؤسسات كالتالي:

١ - تخليصُ المُعتمد من سلوكياته الاعتمادية.

٢ - إعادة تأهيل الشخص تأهيلاً عاماً، بإكسابه مجموعة من العادات والمهارات التوافقية.

٣ - مساعدة الشخص على العودة إلى الحياة الاجتماعية العريضة، والتوافق مع مقتضياتها باعتباره شخصية مستقلة فاعلة.

---

(١) O'Brien, J.M. & Seller, S.C. Attributes of alcohol in the old Testament, Surveryor, 1982, No. 18, 18-2.

أما عن إجراءات العمل على المستوى التنفيذى فتكون على النحو التالى :

١ - فى المراحل المبكرة من التحاق المُعتمد بالمجتمع العلاجى (بعد تخليص جسده من السموم) تساعده جميع القوى العاملة فى المؤسسة على الاستقرار فى نمط الحياة الجديد دون مادة نفسيَّة مخدرة أو منشطة . . إلخ . ومن أهم العناصر الفاعلة فى هذا الصدد خبرات الزملاء الناقهين الذين سبقوه إلى الإلتحاق بالمؤسسة .

٢ - تلقى من حين لآخر تدريبات علاجية حديثة للتغلب على ما يعترضه من توترات قد تُعيد تنشيط اللَّهفة لديه إلى المادة النفسيَّة المعتمد عليها .

٣ - ثم تنمية المهارات اللازمة من خلال دفعه إلى المشاركة الفعَّالة فى إدارة شئون الحياة اليومية داخل المؤسسة ، ومحاسبته على ما قدر يصدر عنه من أخطاء مقصودة أو غير مقصودة(١) .

تجربة الصين الشعبية فى علاج مشكلة تعاطى واعتماد المواد النفسيَّة:(٢)

تقسم مشكلة الاعتماد على المخدرات أو المنشطات أو المهلوسات فى الصين إلى ثلاثة أقسام ، يُساعد هذا التقسيم فى استقامة الدراسة المنهجيَّة لهذه المشكلة ، كما يُفيد لبيان كيفية تنفيذ برنامج العلاج . وهذه الأقسام هى :

١ - الكشف عن المتعاطين والمعتمدين وتسجيلهم .

٢ - علاج معتمدى المواد النفسية .

٣ - الوقاية من الاعتماد على المواد النفسيَّة .

---

(١) لجنة المستشارين العلميين ، مرجع سابق ، ص٢٤٠ (بتصرف) .

(٢) انظر : (أ) سيد عويس : الشباب ومكافحة الإدمان على المخدرات، مجلة الهلال، القاهرة : دار الهلال، ديسمبر ١٩٨٥م، ص ص ١٦١-١٦٩ .

(ب) سيد عويس : الشباب ووقايته من الانحراف والجريمة، ملخص بحث فى المؤتمر السادس للدفاع الاجتماعى، مجلة الشباب وعلوم المستقبل، القاهرة : ٦-٧ مايو ١٩٨٥م، ص٥٤ .

ويلاحظ أن الكشف عن معتمدى المواد النفسيَّة وتسجيلهم أمر صعب هناك، يشعر بذلك كل متخصص أتيح له الاتصال بموضوع القضاء على الاعتماد، ذلك لأن الشخص إذا ما أصبح معتمداً على المواد النفسيَّة فإنَّه يحاول - عادةً - إخفاء هذه الحقيقة بكل وسيلة ممكنة، حتى لو كان يتمنى أن يقلع عن الاعتماد، أي أن الشخص المعتمد يقع فى حالات التناقض مع نفسه، فهو لا يقدر تماماً التدابير التى تقوم بها الدولة للقضاء على التعاطى والاعتماد، وفى الوقت ذاته يتردد فى التقدم للعلاج، وهناك أسباب عديدة لهذا التردد نذكر منها:

١ - يعانى معتمدو المواد النفسيَّة بوجه عام من مُركَّب نقص، إذ أنَّهم يخشون العقوبات القانونية، كما يخشون الاحتقار الاجتماعى ، فهم يعتقدون أنَّه إذا ما كشف الستار عن تعاطيهم سوف يتعرضون هم وأُسرهم لبعض ألوان العقوبة.

٢ - يستعمل البعض فى الصين المواد النفسيَّة كالمخدرات كأدوية لتخفيف بعض آلامهم ، ونجد أنَّ هؤلاء الناس يخشون إذا ما كشفت السلطات الحكومية عن تعاطيهم واعتمادهم أن ينقطع إمدادهم بهذه المواد النفسيَّة فتتضخم آلامهم.

٣ - ومن العمال من يعتمد على العقاقير المنشطة أو المنبهة لشحذ قواهم، وهؤلاء يخشون إذا ما انقطعت عنهم تلك المواد النفسيَّة أن يعجزوا عن العمل وعن إعالةأُسرهم . . وهم فى سبيل أن يتعيشوا يتجاهلون ببساطة الآثار الضارة للاعتماد على المواد النفسيَّة ولا يعنون إلا قليلاً بما قد يحدث فى المستقبل.

٤ - وهناك من يتعاطون المواد النفسيَّة بغرض المتعة فقط، وهؤلاء يجدون ضرباً من الإثارة والبهجة الحسيَّة فى تعاطى المواد المحدثة للاعتماد.

ويُضاف إلى هؤلاء أنَّ بعض المتعاطين أو المعتمدين ربما يكون قد فهم عن طريق الخطأ أنَّ الشفاء من الاعتماد على المواد المحدثة للاعتماد.

ويُضاف إلى هؤلاء أنَّ بعض المتعاطين أو المعتمدين ربَّما يكون قد فهم عن طريق الخطأ أنَّ الشفاء من الاعتماد على المواد النفسيَّة أمر مستحيل، ومن ثمَّ نجدهم لا يرغبون فى اجتياز عمليات العلاج.

ومهما يكن من أمر فالخطوة الأولى التى يجب أن تتبع فى سبيل مكافحة الاعتماد، وقد اتبعت بالفعل فى تجربة الصين ، هى تفهم العقبات الاجتماعية والنفسيَّة فى محيط المتعاطين وإزالتها.

وقد وضعت الحكومة الصينية عدة مبادئ هامة للقضاء على مشكلة التعاطى وهى:

١ - تشجيع متعاطى أو معتمدى المواد النفسيَّة على التسجيل الاختيارى لأنفسهم.

٢ - إجبار المتعاطين للخضوع للعلاج وذلك بالبحث عنهم وكشفهم.

ولتحقيق المبدأ الأول كان لابد من القيام بحملات دعاية على أوسع نطاق ممكن، تحاول أن تُقدم للجماهير الحقائق عن الآثار المدمرة للمواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد بطريقة مقنعة، كما تحاول التغلب على العقبات الاجتماعية والنفسيَّة التى تمنع المتعاطين من اتباع الطريق السليم، أن تذيع على نطاق واسع كيفية تنفيذ قوانين المخدرات التى تساعد المتعاطين على حل مشكلاتهم حتى يصبح كلُ شخص معتمداً أو غير معتمد عليما بها.

وقد تبنى المسئولون بعض الأمور ذات الأهمية البالغة فى خلال هذه المرحلة، منها مثلاً ، تحديد يوم معين ينتهى عنده التسجيل الاختيارى والمدة المناسبة لذلك من شهر إلى ثلاثة أشهر، وقد امتثل لنصح السلطات الحكومية بعض معتمدى المواد النفسية وقدموا أنفسهم طائعين للهيئات المختلفة بقصد التسجيل ومن ثم علاجهم من الاعتماد ويلاحظ أنَّه تم التغاضى عن ماضى هؤلاء، ومعاملتهم بعطف ورحمة، وتجنب استعمال الكلمات اللاإنسانية معهم، وذلك بقصد تنمية احترامهم لأنفسهم بدلاً من مضاعفة مركب النقص الذى يعانون منه فى الأصل.

وقد أيقن المعتمدون أن الحكومة الصينية مُصممة على تنفيذ التنظيمات التى وضعتها للقضاء على مشكلة التعاطى والاعتماد فعلموا أنَّه ليس فى الإمكان، وليس

فى مصلحتهم التهرُّب من التسجيل، وحتى يغتنموا هذه الفرصة ليخلصوا أنفسهعم من تداعيات التعاطى والاعتماد.

ومن جهة أخرى وضعت الحكومة فى اعتبارها ضروب القلق التى ستنتاب بعض المتعاطين عندما يقدمون أنفسهم للتسجيل ، والصعوبات التى سيواجهونها قبل الشفاء من التعاطى وبعد هذا الشفاء، لذلك وضعت التنظيمات المناسبة لتأكيد حق المعتمدين فى مساعدة الحكومة لهم فى حل مشكلاتهم، فبالنسبة للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات كأدوية لآلامهم فقد وضعت التنظيمات التى تكفل علاجهم من هذه الآلام فى الوقت الذى يكونون فيه تحت العلاج. كذلك وضعت الحكومة فى اعتبارها تقديم المساعدات لأسر المعتمدين حتى لا يقلقوا على أُسرهم وهم فى أثناء فترة العلاج.

وبعد أن يتم تسجيل المتعاطين فى هذه المرحلة، مرحلة تطبيق الطريقة الأولى، تقوم الحكومة بتنظيم عملية مدّ المعتمدين المسجلين بالمواد النفسيَّة فى خلال الفترة التى يجتازون فيها عملية الانسحاب.

نلاحظ ممَّا سبق تقديمه من هذه التجربة الصينية أن المسئولين يقدمون عناية بالغة فى عملية التنفيذ حتى لا يخلقون أي شك فى أذهان المتعاطين أو أُسرهم، أي أن كل وعد يقطعه المسئولون على أنفسهم كانوا ينفذونه، وبذلك تجنبوا مغبة التأثير السلبى للوعود الزائفة أو الكاذبة لأنَّ المحافظة على الهيبة فى تنفيذ تدابير قمع تعاطى وإعتماد المواد النفسيَّة أمر بالغ الأهمية، فإذا ما فُقدت هذه المكانة أو تزعزع بنيانها ولو مرَّة واحد فإن أي قدر من التوصيات أو التنبيهات أو الإرشادات ليس له جدوى، فهذه نقطة فى غاية الأهمية.

وتعنى الطريقة الثانية إجبار المعتمدين على المواد النفسية للإذعان والخضوع وذلك بالبحث عنهم وكشفهم ، واتخاذ إجراء جديد فور انتهاء المدة المحددة للتسجيل «الاختيارى» عن طريق الحث والترغيب. ويتم تاريخ معين للقيام بهذه الخطوة حتى تتميَّز عن اجراءات التحرى والقبض العادية.

وكان من المستحيل أن تتوقع الحكومة الصينية أن يخرج جميع المعتمدين من مخابئهم ، ذلك لأنَّ عادة تعاطى المواد النفسيَّة غالباً ما تكون عميقة الجذور. ولذلك تحركت القوى السياسيَّة والاجتماعية القادرة لإجبار المترددين من المعتمدين على التقدم للعلاج، وتبدو فائدة تحديد التاريخ المُحدد لهذه الخطوة فى أنَّه يعتبر كتحذير للمعتمدين المترددين بأنَّهم لا يستطيعون التأخر عن التقدم أكثر من ذلك، وهو فى نفس الوقت يُذكى حماس هيئات الموظفين الذين يحاربون تعاطى واعتماد المواد النفسيَّة ، ولكى يقوموا بمهمتهم فى الكشف عن المتعاطين والمعتمدين دفعةً واحدةً.

وتجدر الإشارة إلى أن حملات التحرى والقبض تستمر بصفة دورية تطبيقاً للقوانين واللوائح بعرض الكشف عن معتمدين جدد أو عن عائين، وذلك بعد الانتهاء تماماً من حملات الدعاية ضد المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد، ولكى يُميز بين عمليات التحرى والقبض التى تتم مباشرةً عقب انتهاء حملة الدعاية ضد المواد النفسية فإنه يشار إلى عمليات التحرى العمومى والقبض العمومى فإنَّ الحكومة تعطى فرصة أخيرة للمعتمدين الذين لم يسجلوا أسماءهم وتدعوهم إلى الاستفادة بنظام التسجيل الذى يترتب على العفو عن المعتمد، ويلاحظ أن الفرق بين هذا التسجيل، والتسجيل الاختيار أن الأول يتم فى وقت متأخر، إلى جانب أن المتعاطى يمكن أن يُعاقب طبقاً للقانون وهو يُعفى من العقوبة لا لشىء إلا لأنه أظهر علامات الندم بتسليم نفسه للسلطات إلى جانب أن المعتمد الذى يسجل نفسه اختيارياً يعامل كشخص مريض ينشد المساعدة. ولا يصبح مذنباً فى نظر القانون. وهذا هو السبب فى أن هؤلاء يسجلون أنفسهم فى هيئات العلاج من تعاطى واعتماد المواد النفسية ويلقون معاملة خاصة فأسماؤهم مثلاً لا تُذاع علناً.

ويلاحظ أنَّه إذا ما بدأت فترة التحرى العمومى والقبض العمومى فإنَّه تتخذ بعض التنظيمات منها ما يلى:

١ - تنظيم فرق التحرى، وتتكوَّن هذه الفرقُ من ممثلين عن الهيئات المسئولة شخصيًا من القضاء على المخدرات أو المنشطات أو المهلوسات أو الكحوليات وغيرها

من الهيئات العلمية . وتزور هذه الفرق الأماكن المختلفة، وبخاصة الأماكن التى تمارس فيها حياة الليل كصالات الرقص، والمطاعم ، ومراكز التسلية.

٢ - إنشاء مراكز خاصة لتلقى البلاغات، فيشجع أعضاء المجتمع من الجماهير، لكى يعطوا السلطات المختصة بلاغات شفوية أو كتابية عن المعتمدين. ويستطيع تيسير عمليات التحرى عنهم فى القبض عليهم. وإذا ما جابه المعتمدون فى المجتمع الجزاءات القانونية والأخلاقية جميعاً، فإنَّه يتكون لديهم الإيمان بأنَّه لا أمل فى الهروب وأن عليهم أن يسرعوا إلى العلاج المبكر.

٢ - يجب أن يكون أعضاء المجتمع، المسئول عنهم من حملة مكافحة تعاطى واعتماد المواد النفسيَّة ، وغير المسئول ، أن يتحلوا بالصدق فى أقوالهم وأفعالهم، وأن يفطنوا إلى أحسن السُبل لتحقيق النتائج المرجوة، ويلاحظ أن أحسن السُبل ليس فى العادة أيسرها، فلا يكفى للحكومة أن تمتلك القوة، بل لابد أن تستخدم هذه القوة بأفضل الطرق للحصول على نتائج طيبة. ويلاحظ أيضاً أن ما يدعو المعتمد إلى أن يستجيب ببطء للعلاج هو أنَّه يُريد أن ينتظر ليرى مثلاً: هل الحكومة جادة فى تطبيق الإجراءات التى أعلنت عنها أولاً؟ وعمَّا إذا كان تنفيذ القوانين التى وضُعت للقضاء على مشكلة التعاطى والاعتماد لن تقف بعض الدوائر فى طريقها، أو تعرقل تنفيذها وبالتالى تصبح قيمة، لا جدوى منها.

إن المسئولين عن الحملة فى الحكومة الصينية وفى غيرها من الهيئات الشعبية المختلفة يدركون أن عليهم عبء حفظ وعودهم وتصريحاتهم ، ولعل أنسب طريقة فى ذلك هو ترك الحقائق كى تتحدث عن نفسها. من ذلك مثلاً عرض النتائج الجيدة بالعرض العام لمجموعات من الأشخاص الذين شفوا من تعاطيهم واعتمادهم وكيف استفادوا من المميزات التى وعدهم بها المسئولون.

أهم الاقتراحات العلاجية المتكاملة لحالات

تعاطى واعتماد المواد النفسيَّة المخدرة:

أولاً : علاج الاعتماد الأفيونى ومشتقاته :

يتم علاج التسمم الحاد ومضاعفاته فى أقسام الأمراض الباطنية بالمستشفيات العامة. أما المعتمدون فيعالجون فى مصحات خاصة بالاعتماد بعد تقويم كل حالة من الناحية النفسية والاجتماعية. ويشمل العلاج العناصر التالية:

١ - العلاج الدوائى :

وهو العلاج الذى تُستخدم فيه مركبات «كيميائية» من مشتقات الأفيون، وفى العالم الآن مدرستان : المدرسة الأمريكية والمدرسة الإنجليزية ، وتتفق المدرستان على أنَّ حصول بعض المعتمدين على المخدر مجاناً وتحت الإشراف الطبى يقى هؤلاء المعتمدين شرور مخالفة القانون والسرقة لشراء المخدر، والذى قد يكون مغشوشاً بأثمان باهظة ، كما أنَّه يقيم أضرار الشوائب التى يُضيفها التجار إلى المخدر، وبالإضافة إلى ذلك يتيح الفرصة لرجال الأمن لملاحقة التجار الذين يبيعون المواد النفسية المحدثة للاعتماد لغير المعتمدين.

أ - المدرسة الأمريكية :

طبق الطبيبان الأمريكان «دول» و «نيسواندر» عام ١٩٦٠م من القرن المنصرم علاج «الميثادون» Methadone المساند فى نيويورك «والميثادون» من مشابهات المورفين ولكنه يختلف عنه فى الوقت نفسه فى طول مدة مفعوله التى تتراوح بين أربع وعشرين ساعة إلى ست وثلاثين ساعة، كما أنَّه لا يُسبب الشعور بالنشوة عند تعاطيه بالفم، وهو كذلك فى جرعات مُعيَّنة يلغى نشوة الهيروين ، كما أنَّ أعراض الامتناع عن «الميثادون» أخفُ بكثير من أعراض الامتناع عن الهيروين. ويرى من يطبقون هذه الوسيلة أنَّ المعتمد مثل مريض السكر الذى يحتاج إلى حقن الأنسولين حتى يعيش، أو مريض الصرع الذى يحتاج إلى مضادات التشنّج، فالمعتمد لا يستطيع أن يعيش

حياة مستقرة نوعاً ما وخالية من الجرائم والخوف والفقر عند تعاطيه «المثادون» وفق البرنامج الخاص بهذا العلاج.

ولا تطبق هذه الطريقة على أي معتمد، بل يشترط توافر أربعة شروط هى:

١ - أن يقبل المعتمد العلاج طواعية.

٢ - ألا تقل سنه عن عشرين سنة ، وألاَّ تزيد عن أربعين سنة.

٣ - أن يكون معتمداً على الهيروين لمدة أربع سنوات على الأقل، مع فشل وسائل العلاج الأخرى مع الانتكاس المتكرر.

٤ - ألا يكون المعتمد مصاباً بمرض عقلى.

يدخل المعتمد المستشفى لمدة ستة أسابيع حيث يُعالج بجرعات متزايدة من «الميثادون» يومياً حتى تزول رغبة المتعاطى المُلحة لتعاطى الهيروين، وبعد خروجه من المستشفى يتردد يومياً على العيادة لتعاطى جرعة «الميثادون» عن طريق الفم، ويتم فحص بوله بصورة دورية للتأكد من أنَّه لا يتعاطى الهيروين.

وقد تم مؤخراً تصنيع «ميثادون» طويل المفعول تستمر فاعليته ثلاثة أيام، فلا يحتاج المعتمد إلى التردد يومياً على العيادة. واسم المُركَّب الجديد «ميثادول أسيتات» LAAM وجرعته ثمانون مجم، ثلاث مرات فى الأسبوع. أما جرعة «الميثادون» العادى فتتراوح بين خمسين إلى مائة مجم يومياً.

ويستخدم «الميثادون» عادة فى علاج المعتمد حتى لا تظهر عليه أعراض الامتناع فيعطى بواسطة الحقن ثم الفم، وتنخفض الجرعة بالتدريج حتى يكف المعتمد عن تعاطيه(١).

ب- المدرسة الإنجليزية:

قامت الحكومة البريطانية بإنشاء مراكز علاج المعتمدين فى المستشفيات حيث يقوم الطبيب المتخصصُ والحاصل على إجازة خاصَّة بوصف الهيروين للمعتمدين

(١) Mitcheson . M. Davidson . J. Hawks. D, Hitehens : By Herain Addicts. The lancet, March 21, 197. P. 0606.

والإشراف على علاجهم فى العيادات الخارجية. ويتحتم على الطبيب إخطار وزارة الداخلية باسم المعتمد وصفاته خلال سبعة أيام من معاينة المعتمد. وحتى ينجح لابد للطبيب من اتباع الآتى:

١ - عدم علاج مريض جديد بهذه الطريقة قبل التأكد من أنَّه معتمد على الهيروين فعلاً.

٢ - التشدد فى الكميات التى يصرفها المعتمد فى كل مرة حتى لا يقوم ببيع الفائض للآخرين.

٣ - لا يقتصر العلاج فى المراكز على صرف الهيروين بل يهدف المختصون إلى تنمية الحوافز التى تشجع المعتمد على التخلص من علته ثم ينخفض الهيروين بالتدريج.

٤ - تظل بعد ذلك فئة من المعتمدين لا تستطيع الاستغناء عن المخدر، ولكنها تظل فى المجتمع وتؤدى دورها بشكل مقبول ولاتزيد من كمية المخدر.

وتهدف كل هذه الاجراءات إلى مكافحة السوق السوداء والتجارة غير المشروعة(١).

٢ - العلاج النفسى:

يتم ذلك بصورة فردية أو بصورة جماعية، وترى «مدرسة التحليل النفسى» أن المعتمد مصاب بالنرجسية Narcissism ، فذاته تعتمد على نفسها فى الحصول على اللّذة بدلاً من اعتمادها على الآخرين، وتزوده العقاقير والمخدّرات أو المهلوسات أوالمنبهات بالنشوة التى يبحث عنها لتخفيف الاكتئاب والتوتر الدائم الذى يشعر به نتيجةً للغرائز العدوانية اللاشعورية.

---

(١) Hyghes. H. P, Senay. C.E, Parker . R. Arch. Gen. The Medical Manag - ement of A Heroin Epidemic. Psychiat. Vol. 27, Navember, 1972.

لذلك يُعالج المريض فى جلسات بالتحليل تفسى أو التحليل النفسى المُعدل أو بواسطة وسائل العلاج النفسى الجماعى الحديثة التى تُساعد المعتمد على إدراك صورته على حقيقتها والتغلب على ازدرائه لنفسه وتحقيق السعادة من خلال تفاعله مع الآخرين ومع الواقع بدلاً من الهروب منه بالعقاقير.

٣- العلاج المسلكى :

مازال علاج اعتماد الأفيون ومشتقاته كالهيروين بالوسائل المسلكية فى دور التجريب على عكس الخمر التى تطبق فى علاجها الوسائل المسلكية بصورة واسعة. ومن الطرق المتبعة تحديد المواقف والأشياء التى تخلق الرَّغبة فى المعتمد، ثم تدربه على الاسترخاء العضل العام وتخيل هذه المواقف، ثم تخيُّل مواقف مؤلمة أو عصبية حتى تنفر المعتمد من هذه الأشياء أو يُعطى المعتمد مضاداً للمورفين فيشعر بأعراض الامتناع المزعجة فى جلسات متتالية فينفر من المخدر(١).

٤ - الجماعة العلاجية :

تم تأسيس هذه الجماعات فى بداية الستينيات من القرن المنصرم فى الولايات المتحدة الأمريكية مثل قرية «داى توب» Day Top «وفينيكس هاوس» ويقوم المعتمدون الذين يتم شفاؤهم بمساعدة المعتمد الجديد على الإقلاع بدون استخدام الأدوية ، ويشغل وقته بصورة منتظمة ويواظب على حضور جماعات الاصطدام العلاجية، حيث تتاح للجماعة فرصة التعبير عن السخط والغضب بدون قيود ولكن بشرط عدم اللجوء إلى العنف.

ولا يستخدم أعضاء الجماعة الأدوية إطلاقاً. وفلسفة الجماعة العلاجية قائمة على إتاحة الفرصة للمتعاطى ليظل فى المجتمع . وتعتبر هذه الجماعات فى واقع

(١) Roumsaville, B.J., Weissman, M.M., Crits - christoph, K., Wilber, C. & Kelber, H. Diagnosis and Symptoms of depression in Opiate, Arch. Gem . Psychiatry Feb. 1982, 39.

الأمر مأوى منتصف طريق، يعيش فيها الفرد إلى أن يتخلص من الاعتماد تماماً ويتم تأهيله، بغض النظر عن المدة ، ثم يعود بالتدريج إلى حياته الطبيعية السابقة .

وتستخدم فى هذه الجماعات منذ سبعينيات القرن المنصرم الأدوية النفسيَّة (العلاج الجماعى) العلاج بواسطة الرقص والترفيه والعلاج بواسطة الدين .

ومن المؤثرات التى ترجح احتمالات نجاح العلاج أن يطلب المعتمد العلاج بوحى من ذاته ، وأن يعترف بمشكلته ويتقبلها والمعاناة من الاعتماد والاستعداد لتغيير نمط حياته والاستقرار المادى وعدم اعتماده على التغيُّر فى ذلك ، والنجاح فى الحياة قبل الاعتماد . . ووجود الشعور بالمسئولية والقدرةعلى التجاوب مع المُعالج والاتجاه الإيجابى نحو البيئة العلاجية وحُسن العلاقات مع الرؤساء والزوجة(١) .

ثانياً : علاج الاعتماد الهيرويني :

ما قدمناه من علاج متكامل فى حالات تعاطى واعتماد الأفيون ومشتقاته ينطبق بالطبع على جميع المواد النفسيَّة المخدرة الأخرى بما فيها الهيروين ولكن هنا على هذه الصفحات نُقدم أهم وأحدث العلاجات بغرض استئصال الهيروين من جسم المريض وبدون آلام، وهذه العملية تُعد الأولى من نوعها فى العالم، إذ تتم خلال مدة تتراوح من ثلاث إلى خمس ساعات ، وهذه العملية ستفتح آفاقاً لوضع حد لآلام التخلص من الهيروين مما يساعد على قتل شبح التعاطى والاعتماد بيسر وسهولة .

قام الدكتور «نبيل عبدالمقصود» أستاذ السموم بكلية طب قصر العينى بالقاهرة بعمل أول عملية لاستئصال الهيروين من جسم المريض بدون آلام، والتى تعد انتصاراً عظيماً فى هذا المجال خاصة وأن المعروف عن الطريقة المعتادة من قبل والتى تعتمد على إعطاء مسكنات ومهدئات حتى تنتهى الفترة التى تسمى بفترة الانسحاب ، وهى فترة غالباً ما تكون مصحوبة بآلام مبرحة بالمفاصل والعضلات مع صداع وإسهال وقىء مستمر لمدة تزيد عن أسبوع، وقد تصل إلى أسبوعين حسب حالة المريض،

(١) Resnick . R, Fimk. M, Freed man . M.A. Am J. Psychiat : High - Dose Cyclazocine Therapy of opiate Dependence. 131: %, May 1974.

وحسب مدة وكمية المخدر التى تعاطها المعتمد، ومن عيوب هذه الطريقة التقليدية أن نسبة المرضى الذين لا يستطيعون مقاومة هذه الآلام الانسحابية لا تقل عن ٧٠٪ ممّا يدفعهم إلى اللجوء لاستخدام المخدرات مرّة أخرى لإيقاف الأعراض الانسحابية غير المحتملة.

أمّا الطريقة التى استخدمها الدكتور «نبيل عبدالمقصود» فقد كانت حصيلة دراسية طويلة قام بها إلى أن تمكن من تحديد الجرعات والتأثير الفعلى للأدوية قبل طرد المخدر، وقد ساعده فى ذلك خبرته فى علم السموم. يمكن من خلال هذه العملية استئصال المخدر بالكامل من الجسم دون أن يشعر المريض بأي آلام انسحابية، وتستغرق حوالى ثلاث إلى خمس ساعات، حسب حالة المريض ، ثم يوضع المريض تحت الملاحظة لمدة ساعات أخرى، ويتم بعد ذلك خروجه إلى العالم بوجه جديد دونما أي إحساس برغبة العودة لمواجهة شبح الاعتماد مرة أخرى.

وتتلخص العملية فى دراسة حالة المريض الطبية أولاً للتأكيد من صلاحيته لهذه العملية، إذ يتوجب أن يكون فى حالة طبية جيدة، أي عدم وجود أمراض بالقلب أو غيره، ولكن لا علاقة لهذا الإجراء نهائياً بنوعية المخدر أو فترة التعاطى، حيث أن ذلك لا يدخل ضمن محظورات إجراء العملية بعد ذلك يتم تخدير المريض بطريقة معينة ، يفقد خلالها الوعى تماماً، ومن هنا تبدأ عملية استئصال المخدر من خلال استخدام العقاقير بعد حساب الجرعات اللازمة منها بدقة، وهى تختلف من مريض لآخر حسب نوعية الاعتماد وفترة التعاطى، ثم يتم إعطاء العقاقير من خلال تركيب (كانيولاً) بالوريد، وتقوم هذه العقاقير بطرد المخدر من الخلايا وتستغرق ساعتين، بعدها يتم عمل ما يسمى بعملية التنظيف لمسح ما تبقى من مخدرات بالجسم من خلال استخدام الحقن بالعقاقير داخل «الكانيولا» ويستغرق ذلك حوالى ساعة أو ساعتين حسب الحالة أيضاً.

ويجب أن نركز هنا على أنه لا يتم أخذ أي دم، حيث أن الكثيرين يعتقدون أن التخلص من المخدر يكون من خلال تغيير دم المريض، وهنا علميّا لا أساس له من

الصحة. ثم بعد ذلك تتم إفاقة المريض تدريجيّا بعد التأكد من خلو جسمه من المخدر، ليوضع بعدها فى غرفة الملاحظة لمدة تتراوح من ست إلى ثمان ساعات يخرج بعدها المريض إلى الحياة مرة أخرى بدون أي أعراض، ودون استكمال أي علاج، بل وبنجاح تام، ودون أية آثار جانبية[1].

(١) نبيل سليم : الخلاص من براثن الإدمان ، مجلة الكويت، دولة الكويت : وزارة الإعلام ، نوفمبر ٢٠٠٠م، ص ص ٨٢ - ٨٥ (بتصرف).

الاستنتاجات والاقتراحات

أهم الاستنتاجات العامة :

أولاً : لابد أن نعلم أن البرامج الوقائية لا تكون مجدية أو ذات فعالية إلاَّ إذا اعتمدت على دراسات سابقة تكشف عن حقيقة الدوافع ، والعوامل المنشطة للتعاطى أو المعوقة له.

ولابد أنْ تعرف هذه الدوافع والعوامل على حقيقتها ، أي كما هى فى نفوس البشر المتعاطين ، وفى ظروف واقعهم الذى يحيونه ، لا كما يتخيلها البعضُ ممَّن يحلو لهم أن يتصوروا أنَّهم يعرفون كل شيء ، ويستطيعون الحديث فى كل شيء . . لذلك فقد آن الأوان لكى يعرف الجميع فى مصرنا الغالية ، ووطننا العربى الكبير أن النوايا والتمنيات الطيبة لا تُجدى فى تحقيق الوقاية من التعاطى، لأننا نؤمن أن التعاطى ليس مُجرَّد نوع من الخروج على الآداب العامة، أو من الجريمة، أو من المعصية الدينية ، ولكنه سلوك بشرى يتم تحت ضغط ودوافع وبتشجيع عوامل مُعيَّنة .

ثانياً : الدلالة الحقيقية للعناية بموضوع العلاج - كما جاء فى هذا الكتاب – قد تكون الاعتبارات إنسانية، وقد تكون لحماية المحيطين بالمتعاطى من الأضرار المترتبة على تعاطيه أو اعتماده على المواد النفسيَّة المختلفة ، ولكن أهم ما فى هذه الدلالة هو أن العناية بعلاج المعتمدين جزء لا يتجزأ من السياسة القائلة بضرورة العمل على خفض الطلب على المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد . ويُعتبر خفض الطلب هو الطريق الثانى من محاولات التصدى لمشكلة تعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد. يأتى جنباً إلى جنب مع مكافحة العرض ومن صياغة سياسية متوازنة بينهما تكون السياسة الرشيدة فى أي مجتمع نحو مكافحة انتشار تلك المواد والعقاقير.

أهم التوصيات والاقترحات :

أولاً : هل يوجد لدينا فى مصر أو فى بعض الدول العربية معلومات ذات حجم معقول ومقبول عن انتشار التعاطى الاعتمادى وأشكاله، والمشكلات الصحيَّة والاجتماعية المترتبة عليه ؟ وهل هذه المعلومات موجودة بالفعل؟

نستطيع من خلال ما تم التوصُّل إليه نتيجة البحث والدراسة أن نؤكد أن هذه المعلومات موجودة بالفعل، وإن كنا لا ندعى بهذه الإجابة أن المعلومات المتوفرة لدينا متوفرة بأفضل صورة، وعلى أعلى مستوى كماً وكيفاً . ولكن ما ندعيه ونجزم أنها موجودة بقدر لا بأس به، وبصورة تسمح بالاستغلال المباشر، وإن كان معظمها لم يُستغل بعد!!

ولذلك فأنا أعدو من خلال هذا الكتاب أن نبدأ في مصر وفى الدول العربية بالاستفادة القصوى من تلك المعلومات المتوفرة ، وبشكل يُتيح تدعيم مواجهة انتشار وتعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد من مخدَّرات ومنشطات ومهلوسات وكحوليات.

ثانياً : ثمة دراسات كثيرة أُجريت بالفعل فى مجال إسهامات العلوم الاجتماعية فى بحوث تعاطى المواد النفسية المحدثة للاعتماد، ومع ذلك فلا تزال بحاجة إلى المزيد، فإذا كان لنا أن نُخطط للمستقبل على ضوء الاستبصار الذى اكتسبناه من الماضى، فكل الدلائل تُشير إلى أن نُخطط للمستقبل على ضوء الاستبصار الذى اكتسبناه من الماضى، فكل الدلائل تشير إلى أن تحسين الجانب المنهجى هو أهم ما يلزمنا للإعداد للمستقبل، والمقصود هنا هو المنهج بالمعنى العميق الذى يجمع بين الكفاءة التكنيكية والتوجه النظرى المستبصر.

ثالثاً : لابد من تدعيم النظرة المتعددة الزوايا ، أو النظرة التى تقوم على التفاعل بين النظم العلمية المختلفة والتى يُطلق عليها Interdisciplnary approach (*) وتلك حاجة لا يقتضيها فقط السعى الصائب إلى الشمولية فى الفهم والتفسير لظاهرة تعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد ، ولكن يقتضيها كذلك الطلب الاجتماعى المتواصل لصنع سياسة ناجحة للعلاج والتأهيل والوقاية.

(*) Robinson , D., Alcoholism and drug dependence : A multidiscipl - inorg problem : the sociologist's point view , Alcoholism and drug dependence, J.S. Madden, R. Walker and W.H.Ken - yon eds , New york : Plenum press, 1977.

رابعاً : أن تنتشر المعلومات العلمية المتعلقة بموضوع تعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد بحيث تجمع بين الأمانة العلمية وبين التبسيط. مع توضيح آثرها القريبة والبعيدة. كما يجب أن تنتشر بصورة شديدة الاتزان بحيث لا تُثير حب الاستطلاع الذى يحفز إلى التجريب، ولا تدعو إلى فزع مبالغ فيه فتحفز من يتلقاها إلى التشكك فى صدقها.

خامساً : لابد من اتباع مبادئ أساسية هامة عند توجيه جهود التوعية بهدف الوقاية من تعاطى المواد النفسيَّة مثل: الالتزام بالأسلوب التربوى المتكامل بدلاً من أسلوب التلقين، والالتزام بالحقيقة دون مبالغة أو تهويل ، وكذلك تجنب الخوض فى التفاصيل الدقيقة وأخيراً تناول الموضوع كجزء من كل.

سادساً : جميع متعاطى المواد النفسيَّة المحدثة للاعتماد سواء كانوا يتعاطون مادة واحدة أو أكثر من مادة واحدة فى آن واحد تعرضوا أكثر من غير المتعاطين لأنواع شتى من هذه الموضوعات، فهم سمعوا عن تلك المواد أكثر ممَّا سمع غير المتعاطين، وأتيح لهم أن يروا هذه المواد أكثر مما أُتيح لغير المتعاطين، كما أن لهم أصدقاء وأقرباء يتعاطون المواد النفسيَّة أكثر بكثير ممَّا توافر لغير المتعاطين ، وهذا يحتم ضرورة الإقلال من تعرض الشباب لهذه المثيرات المرتبطة بتلك المواد النفسيَّة سواء أكانت مخدرة أم منشطة أم مهلوسة.

سابعاً : هناك وجه مأساوى تم استنباطه من خلال دراسات وأبحاث يتمثل فى أنَّ نسبة كبيرة ممَّن يبدأون التعاطى من الشباب، يبدأونه كضحايا لعمليات ضغط مباشر وترويض مُلِح يمارسه عليهم أشخاص معينون، وهؤلاء الضحايا لا يستطيعون الفكاك من تأثيرهم ، وهذا بالقطع يوحى بضرورة إيجاد سياسات وقائية متبصرة تقى شبابنا المصرى والعربى ممَّا يتعرضون له، وقد يوحى أيضاً بإعادة النظر فى فلسفة القانون كما يُطبق على المتعاطين فهل من الملائم هنا أن تظل الفكرة المسيطرة هى فلسفة الردع؟ وفى هذه الحالة ردع مَنْ؟ ردع الضحية؟ أم الأولى ردع الجانى المُحرض؟

ثامناً : يجب التخلى تماماً عن تداول المصطلحات القديمة مثل : الاعتياد أو التعود، والإدمان بإحلال مصطلح : الاعتماد. كما يجب التخلى عن مصطلح: المخدرات عند الحديث عن الحشيش أو القات أو الكوكايين . . إلخ، فيمكننا قول: المواد النفسية المخدرة إذا أردنا الحديث عن الأُفيون ومشتقاته ، والمواد النفسية المنشطة عند الحديث عن الكوكايين، والمواد النفسيَّة المهلوسة عند الحديث عن الحشيش وهكذا.

المـراجع

أولاً : المراجع العربية :

١ - إبراهيم المصرى : فى موكب العظماء ، القاهرة : دار أخبار اليوم، أغسطس ١٩٧٩م ، كتاب اليوم ، العدد : ١٥٥ .

٢ - إبراهيم كوكبانى : الخشخاش فى التاريخ القديم ، المجلة التربوية ، بيروت، ١٩٨٠م ، العدد الأول .

٣ - ابن سينا : القانون فى الطب، جـ١ ، ٢ ، ٣ ، القاهرة : دار الطبابة المصرية، ١٢٦٤هـ .

٤ - أحمد إسماعيل عبدالكريم : المخدّرات آفة العصر ، الحلقة الثالثة ، مجلة المنهل، السعودية : دار المنهل الثقافية يوليو / أغسطس ١٩٩٦م.

٥ - أحمد إسماعيل عبدالكريم : المخدّرات آفة العصر ، الحلقة الرابعة ، مجلة المنهل، السعودية : دار المنهل الثقافية سبتمبر / أكتوبر ١٩٩٦م.

٦ - أحمد إسماعيل عبدالكريم : المخدّرات آفة العصر ، الحلقة الخامسة ، مجلة المنهل، السعودية : دار المنهل الثقافية نوفمبر / ديسمبر ١٩٩٦م.

٧ - أحمد محمد الصغير : تاريخ وتجارة الأفيون ، مجلة القافلة ، السعودية : أرامكو السعودية ، ديسمبر ١٩٩٧م.

٨ - أسعد رزوق : موسوعة علم النفس ، ط ١ ، مراجعة : د. عبدالله عبدالدايم، بيروت : المؤسسة العربية للدراسات والنشر، ١٩٧٧م.

٩ - أ. فـلله بتروفسكى ، م.ج ياروشفسكى : معجم علم النفس المعاصر، ط١، ترجمة : حمدى عبدالجواد، عبدالسلام رضوان، مراجعة : د. عاطف أحمد، القاهرة : دار العلم الجديد، ١٩٩٦م.

١٠- الحسين عبدالمنعم : التعاطى غير الطبى للأدوية النفسيّة بين طلبةوطالبات الجامعات المصرية، فى تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين طلاب الجامعات : دراسة ميدانية فى الواقع المصرى ، المجلد السابع ، القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ١٩٩٥م.

١١- أمين رويحة : التداوى بالأعشاب، بيروت: دار الفكر، ١٩٨٦م.

١٢- تماضر حسون : دور الأسرة فى وقاية أبنائها من تعاطى المخدِّرات، ح٢، مجلة الفيصل، السعودية : دار الفيصل الثقافية ، مارس ١٩٩٥م، العدد ٢٢٠.

١٣- خالد بدر : العلاقة بين تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب وكل من المرض الجسمى والنفسي، فى تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين عمال الصناعة، المجلة الاجتماعيَّة القومية، ١٩٩١م.

١٤- داود بن عمر الأنطاكى ، تذكرة أولى الألباب والجامع للعجب العجاب، القاهرة، دار الفكر للطباعة والنشر، ١٩٥٢م.

١٥- روى روبرتسون : الهيروين والإيدز وأثرهما على المجتمع، ترجمة يوسف ميخائيل أسعد ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٨٩م.

١٦- زهير عبدالوهاب : الأفيون حكاية دواء انتهى إلى وباء، مجلة الخفجى: السعودية : شركة الزيت العربية المحدودة، سبتمبر ١٩٩٨م.

١٧- سامر جميل رضوان: عالم الإدمان الطريق المفتوح نحو الدمار. فهل يمكن التخلُّص منه، مجلة الكويت، الكويت : وزارة الإعلام، ديسمبر ١٩٩٧م ، العدد: ١٧٠.

١٨- سدولاندوكريستى : مبادئ الإجرام ، ترجمة : محمود السباعى، د. حسن صادق المرصفاوى ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٦٨م.

١٩- سعد المغربى : سيكولوچية تعاطى الأفيون ومشتقاته، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ١٩٨٦م.

٢٠- سهير لطفى : الإدمان وأوهام ، أخطار ، حقائق، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠٠١م.

٢١- سيد عويس : الشباب ووقايته من الانحراف والجريمة ، ملخص بحث المؤتمر السادس للدفاع الاجتماعى ، مجلة الشباب وعلوم المستقبل، القاهرة: ٦-٧ مايو ١٩٨٥م.

٢٢- سيد عويس : الشباب ومكافحة الإدمان على المخدرات، مجلة الهلال ، القاهرة : دار الهلال ، ديسمبر ١٩٨٥م.

٢٣- شاكر عبدالحميد : هل يرتبط الإبداع بالمخدِّرات حقاً ؟ مجلة العربى، الكويت، وزارة الإعلام، يناير ١٩٩٨م، العدد : ٤٧٠.

٢٤- صلاح عبدالمتعال : التغيُّر الاجتماعى والجريمة فى المجتمعات العربية، البحث الميدانى الثانى ، القاهرة : المجلس الدولى لشئون الكحول والإدمان ، ١٩٩٣م.

٢٥- عادل الدمرداش : الإدمان ، مظاهره وعلاجه، الكويت: المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب، أغسطس ١٩٨٢م، عالم المعرفة، العدد ٥٦.

٢٦- عبدالرحمن صدقى : بودلير ، الشاعر الرجيم ، ط ٣ القاهرة : دار المعارف ، ١٩٨٦م.

٢٧- علماء الحملة الفرنسية : موسوعة وصف مصر (المصريون المحدثون) ، الجزء الأول، ترجمة : زهير الشايب ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠٠٢م.

٢٨- على شلش : عندما يتحدث الأدباء، القاهرة : دار المعارف، ١٩٧٧م.

٢٩- على محمود إسلام الفار: معجم علم الاجتماع، ط ٢ ، القاهرة : دار المعارف، ٢٠٠١م.

٣٠- فاطمة محجوب : دائرة معارف الشباب ، القاهرة : مطبعة مصر، د.ت.

٣١- فرج عبدالقادر وآخرون : موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، ط١، الكويت: دار سعاد الصباح، ١٩٩٣م.

٣٢- فريال الشهاوى : ظاهرة انتشار الإدمان فى المجتمع المصرى، ودور الإذاعة والتليفزيون فى التصدى لهذه الظاهرة، مجلة الفن الإذاعى، القاهرة : معهد الإذاعة والتليفزيون ، ١٩٩٧م ، العدد ١٤٨.

٣٣- لجنة المستشارين العلميين، استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والاعتماد : التقرير النهائى، القاهرة : المركز القومى للبحوث اللاجتماعية والجنائية، ١٩٩٢م.

٣٤- مايكل هارت : الخالدون مائة ، ط٣ ، ترجمة أنيس منصور، القاهرة: المكتب المصرى الحديث، ١٩٨٣م.

٣٥- مجمع اللغة العربية : المعجم الوسيط ، ط ١ ، القاهرة : مطبعة مصر، ١٩٦٠م.

٣٦- محمد العودات ، چورچ لحام : النباتات الطبية واستعمالاتها ، ط٣، دمشق، مطبعة الأعالى، ١٩٩٢م.

٣٧- محمد المرزوقى وآخرون : إدمان المخدّرات فى المجتمع العربى السعودى، البحث الميدانى الثانى ، القاهرة : المجلس الدولى لشئون الكحول والإدمان، ١٩٩٣م.

٣٨- محمد شكرى عبود: تفاقم مشكلة المخدّرات فى مصر، مجلة منبر الشرق، القاهرة : المركز العربى للدراسات ١٩٩٤م ، العدد : ١٤.

٣٩- محمد على البار : المخدّرات الخطر الداهم، ط١ ، دمشق : دارالقلم، ١٩٨٨م.

٤٠- محمد محمود الهوارى: المخدّرات من القلق إلى الاستعباد ، كتاب الأمة ، قطر ، ١٩٨٧م.

٤١- محمود خيال : الإدمان، القاهرة : دار الهلال ، أغسطس ٢٠٠١م ، كتاب الهلال الطبى، العدد ١٢.

٤٢- مصطفى سويف : دروس مستفادة من بحوث تعاطى المخدّرات فى مصر، الكتاب السنوى لعلم الاجتماع، إشراف : د. محمود الجوهرى، الكتاب السادس، القاهرة: دار المعارف، أبريل ١٩٨٤م.

٤٣- مصطفى سويف : الطريق الآخر لمواجهة مشكلة المخدّرات : خفض الطلب، القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، ١٩٩٠م.

٤٤- مصطفى سويف : المخدرات والمجتمع - نظرة تكاملية ، الكويت : المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب ، يناير ١٩٩٦م ، عالم المعرفة ، العدد ٢٠٥.

٤٥- مصطفى سويف : مشكلة تعاطى المخدّرات بنظرة علمية ، القاهرة الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ٢٠٠١م.

٤٦- ناجى محمد هلال : إدمان المخدرات - رؤية علمية واجتماعية ، القاهرة : دار المعارف، ١٩٩٩م ، اقرأ، العدد ٦٤٦ .

٤٧- نبيل راغب : شباب اليوم ، المشكلات والحلول ، القاهرة : المجلس الأعلى للشباب والرياضة، ١٩٩٥م.

٤٨- نبيل سليم : الخلاص من براثن الإدمان ، مجلة الكويت، الكويت، وزارة الإعلام، نوفمبر ٢٠٠٠م.

٤٩- نبيل صبحى حنا : الطب والمجتمع ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٨٧م.

٥٠- نجلاء أبو العزايم : التأثيرات القلبية عديمة الأعراض لتعاطى الهيروين عن طريق الفم، مجلس النفس المطمئنة، العدد : ٢٥ .

٥١- وفيق صفوت مختار : أبناؤنا وصحتهم النفسية ، القاهرة : دار العلم والثقافة، ٢٠٠١م.

٥٢- وليم الخولى : الموسوعة المختصرة فى علم النفس والطب العقلى، ط١، القاهرة، دار المعارف، ١٩٧٦م.

٥٣- يوسف أبى فاضل: موسوعة علماء الكيمياء، ط١، بيروت : جروس برسى ومؤسسة مصرى للتوزيع ، ١٩٨٨م.

٥٤-يوسف الشارونى : أدباء من الشاطئ الآخر، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠٠٢م.

ثانياً :المراجع الأجنبية :

1 - Alarcon De. R. and Rathod . H. N: Prevalence and Early Detec. tion of Heroin Abuse . B.MJ, 1968.

2 - Arif, A. & Westermeyer, J. Manual of Drug and Alcohol Abuse , New york : Plenum , 1988.

3 - Ball, J.c., shaffer, J.W & Nurco, D.N. The day - to - day crimina - lity of heroin addicts Baltimore . a study inthe continuity of offence retes , Drug & Alcohol Dependence, 1983.

4 - Beals, R.L. and Hoijer, H. An Introuduction to anthropology , the Macmillan company, New york, 1956.

5 - Beck , s.Self - monitoring , in Dictionary of dehaviour therapy A.S. Bellack M. Hersen eds. New York : Pergaman, 1985.

6 - Boudin, H. M., Valentine, V.E, Ingraham, R.D., Brantley, J.M.R - uiz, M.R., Smith , G.G. catlin, R.P. & Regan , E.J. contingency contrating with drug abusers in the matural environment, the Intern. J. of the Addict , 1977.

7 - chopra R.N. & chopra , I.C. Le Traitement de la Toxicomanie : experien - ces diverses tentees en Inde , Bulletion des stupefiants, 1957.

8 - Coid , J. Alcoholosm and Violence Drug & Alcohol Dependence, 1982.

9 - Dawara Kanath , S.C. use of opium and cannabis in the trad - itional Systems of medicine in India , Bulletin on Narcotics, 1965.

10- Demerdash . A, Mizaal. H, El Farouki . S and El Mossalem H. : Som Behovioural and Psychosocial aspcts of al cohol and drug depe - ndence in Kuwati Psychiatric Hospital Act , Pyschiat scandin . 1981.

11- Deneau , G.A. & Mulé , S.J. Pharmacology of the opiates , in Substa - nce abuse : clinical problems and perspectives , J. H. Lowinson & P. Ruoz eds., Baltimore : EWiliams & Wilkins.

12- Drug Abuse wetwork , 1978 DAWN annual report, Drug Endorcement Administration & National Institute on Drug Abuse , 1978. U.S. Department of Justice, Drug Enforc - ement Abministration , Washington.

13- English, H.B. and English , A.C. (1958) A comprehnsive diction - ary of . Psychological and Psychoalytica terms, New york : Lon - Gmans . Fazey, C. (1977) the aetiology of Psychoactive subst - anceuse , Paris : UNESCO.

14- Essman, W.B. Psycopharma cology , In Hand Book of abnorm - al Psychology , H.Y. Eysenck ed., London : Pitman 1973.

15- Finnegan, L.P.Pathophsiological and Behavioural effects of the transplacental transfer of narcotic drugs to the foetu - ses and neonates of narcotic dependent mothers, Bulletin on Naccotics, 1979.

16- Glatt. M. MTP. A Guide To Addiction and Its Treatment Med - Ical and Technical Publishing co Ltd , 1974.

17- Gossop, M. & Grant, M. Preventing and controling drug abu - se : WHO, 1990.

18- Horden, A. Pschopharmacology : som historical considerati - ons , in Psychopharmacology : Pimensions & Perspectives, london : Tavistock , 1971.

19- Hoghes . H.P., Senag . C.E.Parker.R. Arch . Gen. The Medicd Mana - gement of A Heroin Epidemic . Psychiat . Vol. 27, November, 1972.

20- Jognston , L.D., Bechman , J.G. & Q'Malley . P.M. 1981 Highlights From syudent drug use in America 1975 - 1980. Maryland : NIDA.

21- Khon , A.S. Social Psychology , 1984. Dubupue (IOWA) wm.c. Brrown.

22- Kramer, J. F. & cameron, D.C. Amanual on drug dependence Geneva : WHo 1975.

23- Laurie, P. Drug : Medical , Psychological and social Facts, Hatmo - mds worth, Middlesex : Pelican Book. 2nd. ed, 1970.

24 - Lowinger, P. How the people's republic of china solved the drug abuse problem , Amer . J. chinese Medicine , 1973.

25- Madden. S. H . Walker . R. and Kenyon H. W : Aspects of Alcohol and drug Dependence. Pitman Medical , 1980.

26- Mitcheson . M., Davidson . J , Hawks . D, Hitchens : sedative Abuse By Heroin Addicts . The lancet, March 21 , 1970 .

27- Moor, J. T., Tudd, L.L. Zung, W.W.K. & Alexander , R. G. oppiate addiction and . Suiciddl behaviors , Amer . J . Bsychiatry, sept. 1979.

28- Musto , D. F. opium , cocaine and morihuana in American Hist - ory, Scientific Amer . 1991.

29- O'Brien, J.M. & Seller , S.C. Attributes of akohol in the old Testament, surveyor, 1982.

30- Platt, J. J. Vocational rehabilitaion of drug abusere , Psychol. Bull. 1995.

31- Resnick . R, Fink. M, Freedman . M.A. Am J. Psychiat : High - Dose cyclazocine Therapy of opiate Dependence , May 1974.

32- Reid , D.D. Epide Miological methods in the study of mental disorders. 1960 , geneva : WHO.

33- seevers , M. H. Psycholog ie dependence defined in terms of indiviual social risk, in Pschic dependence, L. Gddberg & F. Hoffmeister, eds , Berlin : Springer - Verlag , 1973.

34- smart , R.G. & Fejer , D. Drug education : Current isses , Future directions , Toroto : ARF, 1974.

35- Soueif , M. I., some issues of miajor importance for preven tion of drug dependence , National Rev . Soc .S. cairo 1974.

36- Soueif , M. I, Derweesh , Z.A, Hannourah , M. A. & Saged , A. M. The nonmedical use of psychoactive substances by male technical school students in Greater cairo : An epidemio - logical study , Drug& Alcohol Dependence 1982.

37- Soueif , M.I.A tol for the assessment of social and public heath problems associated with the abuse of psychoact - ive drugs , the National Review of social sciences , 1992.

38- Susman , R. M Reducton of drug demand : General conside rations, study on measures to reduce demand for drugs , preli - minary report repory og a working group og experts , New york . U.N. 1979.

39- Suwanwela , C., Poshyachinda, V. Ta sa na pradit , P. & Dharm krong - At , A. The hill tribes og thailand, Their opium use and addiction , Bulletin on Narcotivs , 1978.

40- Warner , W.L, Meeker, M. A. and Eells, K. Social claial class In Amer - ica . Gloucester , Mass., Peter smith , 1975.

41- WHO techn . Rep. ser . Geneva 1944, No. 551.

42- WHO A dictionary of substance use terms, Geneva : WHO 1988.

المحتويات

المؤلف

وفيق صفوت مختار

كاتب فى مجال العلوم النفسية والتربوية .

- حاصل على ليسانس الآداب والتربية - جامعة أسيوط .
- حاصل على دبلوم الدراسات العليا فى التربية وعلم النفس - جامعة أسيوط .
- صدر له أكثر من خمسة مؤلفات فى مجال تخصصه .
- له أكثر من ستين دراسة ومقالة فى مجال تخصصه منشورة فى المجلات والدوريات العربية .
- كتب فى مجال تراجم العظماء للشباب والأطفال .
- أجرى العديد من الحوارات الأدبية والثقافية مع كبار الكُتَّاب والأدباء والشعراء، وهى حوارات منشورة فى المجلات والدوريات المصرية والعربية .
- فاز بجائزة الشيخ عبداللَّه المبارك الصباح الكويتية عن نتاجه العلمى : المخدِّرات وأثرها المدمر .
- تلقى خطاب شكر وتقدير من السيدة / سوزان مبارك فى ١٢ من مارس عام ٢٠٠٢م.
- أُجرى مع المؤلف حواراً بجريدة صوت سوهاج، العدد : ٤٧ ، أكتوبر ٢٠٠٣م، ص٥ بشأن الأوضاع الثقافية فى سوهاج. أجرى الحوار : زين عبدالحكم .
- تناول الأستاذ / محمود رمضان الطهطاوى مؤلفه «مشكلات الأطفال السلوكية» - الأسباب وطرق العلاج - بالدراسة بمجلة الوعى الإسلامى العدد ٤١١، فبراير ٢٠٠٠م.
- عرضت الصحفية «سعدية شعيب ، أجزاء من مؤلفاته فى عدة طبعات من جريدة الأهرام القاهرة، باب : المرأة والطفل .

- نُشر عن مؤلفاته فى جريدة المساء الأسبوعية - باب : قضايا أدبية، إشراف الروائى الكبير : محمد جبريل.
- كذلك نُشر عن مؤلفاته فى جريدة الأهرام القاهرية - باب: غذاء العقول، إشراف الصحفية الكبيرة : ماجدة الجندى.
- سجل المؤلف عدة حلقات تليفزيونية - القناة السابعة فى عدة برامج منها: أوراق ملونة - الطفل والمجتمع.

رقم الايداع :
١٦٢٣١ / ٢٠٠٤
الترقيم الدولى :
977-5829-50-x

مطابع آمـــون
٤ ش الفيروز من ش إسماعيل أباظة
لاظوغلى - القاهرة
تليفون : ٧٩٤٤٥١٧ - ٧٩٤٤٣٥٦

هذا الكتاب

اتبع الكاتب حينما هم بالعرض والتحليل لطرح مشكلة تعاطى واعتماد المواد النفسيّة المخدرة: الجمع بين المنهجية العلمية الرصينة والعرض الممتع الشيق، تقديمه للمعلومات بصورة شديدة الاتزان دون مبالغة أو تهوين. كما قدم المؤلف مصطلحات جديدة، أقرتها منظمة الصحة العالمية HWO ، حيث استخدم مصطلح «الاعتماد» بدلاً من مصطلحى «الإدمان» و «الاعتياد»، كما استخدم مصطلح «المواد المحدثة للاعتماد» بدلاً من مصطلح «المخدرات».

وقام المؤلف بتصنيف المواد النفسيّة المخدرة تصنيفاً علميّاً دقيقاً، يتسم إلي حد كبير بالشمولية والتكاملية، مراعياً الخلو من اللبس أو الغموض، ثم راح يرصد نشأة تلك المواد رصداً تاريخياً، مع تبيانه لخصائصها وآثارها الاعتمادية.

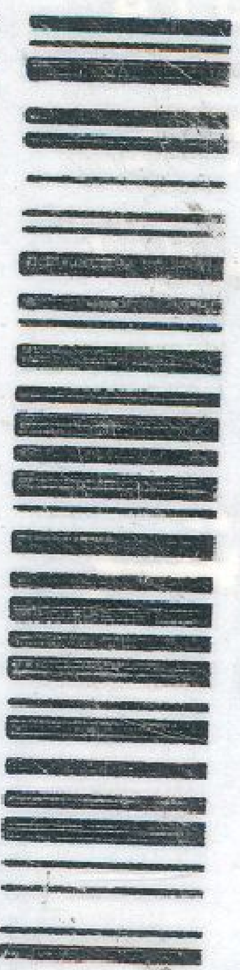
واستحدث الكاتب موضوعاً جذاباً وطريفاً مستوحى من حياة بعض الأدباء والشعراء أمثال: كولردج، وجون كيتس، وبودلير، وجى دى موباسان، وجان كوكتو، للإجابة على سؤال مثير هو: هل هناك علاقة تربط - حقاً - بين الإبداع وتعاطى المخدّرات؟!

كما تتبع المؤلف فى عمق يُحسب له تلك التغيُّرات التى تطرأ على شخصية المتعاطى، ثم قدم لنا مجمل الاضطرابات النفسيّة والعصبيّة والصحيّة التى تنجم عن هذا التعاطى، كما تبعها بعرض شيق لأهم المشكلات الاجتماعيّة والاقتصادية التى تترتب على تعاطى تلك المواد المدمرة.

وبخلاف الوسائل التقليدية للوقاية، طرح لنا الكاتب فى دراسة تتسم بالواقعية والمنطقية لدور الأسرة والمدرسة فى تحصين أطفالنا وشبابنا من مخاطر واعتماد المواد النفسيّة المخدرة.

ولأنَّه لا يستقيم العمل البحثى المرتكز على الأسس العلمية المتعارف عليها دون طرح وسائل العلاج المناسبة، فقد تناول المولف لأهم هذه الوسائل العلاجية المتكاملة، إلاَّ أن الجديد الذى قدمه فى هذا الصدد هو عرضه لتجربة الصين الشعبية، كما قدم علاجات حديثة ومبتكرة فى هذا المجال.

نعتقد أن الكاتب على أهبة الاستعداد ليقدم من مستودع ثقافته العلمية «الر... وسعيه الدؤوب لمدارسة أحدث الإصدارات العلمية مؤلفات لاحقة يتناول فيها ال... لمعالجة قضايا الاعتماد على المنشطات والمهلوسات ... ليات، فتستقيم بذ... التى تهدف فى المقام الأول إلى خلق رأى عام ع... رشد، ومستنير.



تصميم الغلاف: هبة إمام

دار العلم والثقافة

٦١ شارع الشيخ محمد النادى - المنطقة السادسة - مدينة نصر

تليفون: ٢٧٥٨٢٥٢ فاكس: ٢٧٥٨٢٥١